

บทความพิเศษ

ความสำเร็จและปัญหาท้าทายของการควบคุมและป้องกันโรคโควิด-19 ในประเทศไทย

วิชัย โชควิวัฒน์

สำนักพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บทคัดย่อ: โควิด-19 เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่ระบาดไปทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อที่ยืนยันหลายร้อยล้านคน และเสียชีวิตหลายล้านคน ประเทศไทยเป็นประเทศแรกที่พบผู้ติดเชื้อนอกประเทศจีนซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการระบาด แต่ประเทศไทยสามารถควบคุมป้องกันการระบาดระลอกแรกได้ดีเกือบตลอดปี 2563 เพราะมีระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็ง ฉับไว จากการพัฒนาระบบต่างๆ มาอย่างต่อเนื่องยาวนาน แต่ประเทศไทยก็มีความเปราะบางหลายด้าน เพราะเป็นประเทศเปิด เศรษฐกิจพึ่งพาภาคบริการมาถึง ร้อยละ 52.4 มีแรงงานอพยพกว่า 5 ล้านคน ที่กว่าครึ่งเป็นแรงงานผิดกฎหมาย อยู่กันอย่างแออัด ประชาชนยากจนยังมีไม่น้อย จึงมีจุดที่เปราะบางต่อการแพร่ระบาดของโรคอยู่มาก ทั้งชุมชนแออัด เรือนจำ สถานบันเทิง บ่อนการพนันผิดกฎหมาย เป็นต้น ประกอบกับการบังคับใช้กฎหมายไม่เข้มแข็ง ทำให้เกิดการระบาดระลอก 2 ในช่วงปลายปี 2563 และเกิดการระบาดใหญ่ระลอก 3 ตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 ประเทศไทยไม่มีศักยภาพในการวิจัย พัฒนา และผลิตวัคซีนขึ้นใช้เอง ต้องพึ่งพาการนำเข้าจากต่างประเทศ ซึ่งการผลิตวัคซีนทั่วโลกโดยเฉพาะช่วงปีแรกมีปริมาณจำกัด และตลาดเป็นของผู้ขาย ทำให้มีความล่าช้าในการจัดหาและไม่มีประสิทธิภาพในการใช้ประโยชน์จากวัคซีนที่มีอยู่อย่างจำกัด การแพทย์ดั้งเดิมได้แก่ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนจีน มีบทบาทเป็นการแพทย์เสริมที่ช่วยบรรเทาปัญหาได้ส่วนหนึ่ง

คำสำคัญ: โควิด-19; การควบคุมและป้องกันในประเทศไทย; ความสำเร็จ; ปัญหาท้าทาย; การแพทย์แผนไทย; การแพทย์แผนจีน

ผู้รับผิดชอบบทความ: วิชัย โชควิวัฒน์: vichaichok@yahoo.com



Received: 1 January 2022

Revised: 3 March 2022

Accepted: 15 March 2022



บทนำ

โควิด-19 เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (emerging infectious disease) ที่ระบาดใหญ่ไปทั่วโลกคล้ายคลึงกับไข้หวัดใหญ่สเปน (Spanish Flu) ที่ระบาดใหญ่ไปทั่วโลกช่วงปลายสงครามโลกครั้งที่ 1 ซึ่งทำให้มีผู้ป่วยราว 500 ล้านคน และเสียชีวิตไปราว 50 ล้านคน โดยขณะนั้นประชากรโลกมีราว 1,800 ล้านคนเท่านั้น และการคมนาคมก็ยังไม่รวดเร็วเหมือนปัจจุบัน ยังไม่มีการเดินทางทางอากาศ แต่เพราะการแพทย์สาธารณสุขทั่วโลกยังไม่ดี ความรู้เรื่องไวรัสยังจำกัดมาก^[1] การที่โรคติดต่อทางระบบหายใจทำให้เข้าใจผิดว่าโรคนี้เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Haemophilus influenzae* เพราะพบเชื้อมากใน

ผู้ป่วยจำนวนมากที่มีอาการปอดอักเสบ จึงเรียกชื่อโรคนี้ว่า influenza ต่อมาจึงพบว่าเชื้อต้นเหตุของโรคเป็นเชื้อไวรัส และตั้งชื่อภายหลังว่า influenza virus ประเทศไทยมีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่ระบาดของโรคอย่างโควิด-19 เพราะเป็นประเทศเปิด เศรษฐกิจ ต้องพึ่งพาการท่องเที่ยว และแรงงานราคาถูกจากประเทศเพื่อนบ้าน ประชาชนจำนวนมากยังยากจน และมาตรการบังคับใช้กฎหมายไม่เข้มแข็ง แต่ประเทศไทยสามารถควบคุมและป้องกันโรคนี้ได้ดี โดยเฉพาะในปี พ.ศ.2563 ที่ควบคุมโรคได้ดีจนถึงกลางเดือนธันวาคม บทความนี้จะวิเคราะห์ความสำเร็จและปัญหาท้าทายของการควบคุมและป้องกันโรคโควิด-19 ใน

ประเทศไทยในช่วงหนึ่งปีครึ่งนับจากต้นปี พ.ศ.2563 และจะกล่าวถึงบทบาทของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์จีนในการควบคุมและป้องกันโควิด-19 ด้วย

1. ข้อมูลพื้นฐานประเทศไทย

ประเทศไทยมีเนื้อที่ 513,120 ตารางกิโลเมตร^[2] มีประชากรตามทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563 รวม 66,186,727 คน ได้สัญชาติไทย 65,228,120 คน ยังไม่ได้สัญชาติไทย 958,607 คน^[3] และประมาณการว่ามีแรงงานต่างชาติดังที่ถูกรับรองและไม่ถูกรับรองกว่า 5 ล้านคน โดยในกรุงเทพฯ และปริมณฑลมีแรงงานอพยพที่ถูกรับรอง 1,318,641 คน กระจายอยู่ในกรุงเทพมหานคร รว 580,000 คน จังหวัดสมุทรสาคร 230,000 คน สมุทรปราการ 160,000 คน ปทุมธานี 130,000 คน นนทบุรี 99,000 คน นครปฐม 93,000 คน และคาดว่าแรงงานอพยพผิดกฎหมายมีมากกว่าแรงงานที่ถูกกฎหมาย 3 เท่า^[4] ในปี พ.ศ.2563 ประเทศไทยมีผลิตภัณฑ์มวล (จีดีพี) 15,698,286 ล้านบาท เฉลี่ยต่อหัว 237,181.78 บาทต่อปี^[5] หรือราว 7,651 ดอลลาร์สหรัฐต่อคนต่อปี สัดส่วนจีดีพีภาคเกษตรกรรม ร้อยละ 8.4 ภาคอุตสาหกรรม ร้อยละ 39.2 และภาคบริการ ร้อยละ 52.4^[6] สถานการณ์ความยากจนในปี 2562 ก่อนการระบาดของโควิด-19 สัดส่วนคนยากจน ร้อยละ 6.2 หรือ 4.3 ล้านคน^[7] ขณะที่ข้อมูล ณ วันที่ 15 มิถุนายน 2564 มีประชาชนลงทะเบียนขอรับสวัสดิการแห่งรัฐ จำนวนกว่า 13.65 ล้านคน^[8]

2. สถานการณ์การระบาดของโรค

นับตั้งแต่องค์การอนามัยโลกได้รับแจ้งการอุบัติของโรคโควิด-19 เมื่อ 31 ธันวาคม 2562 ประเทศไทยพบผู้ป่วยเข้าข่ายน่าสงสัย (suspected case) ตั้งแต่วันที่ 8 มกราคม 2563 เป็นชาวจีนจากอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน ต่อมาสามารถยืนยันการพบเชื้อโควิด-19 และประกาศอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 นับเป็นผู้ป่วยโควิด-19 รายแรกที่รายงานเป็นทางการนอกประเทศจีน จากนั้นการระบาดสามารถแบ่งเป็น 3 ระลอก ดังนี้

ระลอกที่ 1 พบผู้ติดเชื้อประปราย วันละ 0 - 10 ราย ช่วง 12 มกราคม - 11 มีนาคม 2563 พบเกิน 10 ราย (11 ราย) ครั้งแรกวันที่ 12 มีนาคม 2563 และพบเกิน 100 ราย (188 ราย) ครั้งแรกเมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2563 ลดลงเหลือวันละต่ำกว่า 10 ราย เมื่อวันที่ 27 เมษายน 2563 และพบประปรายวันละ 0-20 ราย ต่อเนื่องจนถึงวันที่ 30

พฤษภาคม 2563 โดยตั้งแต่ช่วงกลางเดือนพฤษภาคม 2563 จนถึงปลายเดือนพฤษภาคม 2563 ไม่ปรากฏการติดเชื้อในประเทศ ผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่พบในช่วงดังกล่าวเป็นคนไทยหรือชาวต่างชาติที่เดินทางมาจากต่างประเทศทั้งสิ้นทุกรายเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังทำให้สามารถควบคุมโรคได้ดี

ระลอกที่ 2 พบผู้ติดเชื้อเกิน 20 ราย เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2563 หลังจากนั้นพบระหว่าง 9-35 ราย จนถึงวันที่ 19 ธันวาคม 2563 ต่อมาวันที่ 20 ธันวาคม 2563 พบพุ่งสูงถึง 576 ราย และพบหลักร้อยรายต่อเนื่องเกือบทุกวัน จนถึงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2564 สูงสุดถึง 959 ราย เมื่อวันที่ 26 มกราคม 2564 และพบระหว่าง 35 - 401 ราย ไปจนถึงวันที่ 4 เมษายน 2564

ระลอกที่ 3 เริ่มจากช่วงต้นเดือนเมษายน 2564 โดยพบ 194 ราย ในวันที่ 5 เมษายน 2564 พอถึงวันที่ 14 เมษายน 2564 พบผู้ติดเชื้อเกินพันราย (1,338 ราย) เป็นครั้งแรก และพบหลักพันรายต่อเนื่องทุกวัน^[9]

การระบาดช่วงแรกเป็นผู้ป่วย “นำเข้า” (imported case) จากอู่ฮั่น และมีการระบาดเป็นคลัสเตอร์ในประเทศครั้งแรกในสนามมวยลุมพินี ซึ่งมีผู้สัมผัสโรคราว 4 พันคน แต่สามารถควบคุมโรคได้ดีจนถึงวันที่ 19 ธันวาคม 2563 มีผู้ติดเชื้อสะสม 4,331 คน เสียชีวิต 60 คน คิดเป็นอัตราติดเชื้อ-เสียชีวิต ร้อยละ 1.39 การระบาดระลอกสองนับถึงวันที่ 4 เมษายน 2564 มีผู้ติดเชื้อสะสม 29,127 คน เสียชีวิต 95 คน คิดเป็นอัตราติดเชื้อ-เสียชีวิตร้อยละ 0.33 การระบาดระลอกนี้เกิดจากการนำเข้าเชื้อจากชายแดนเมียนมา และจากบ่อนการพนันที่จังหวัดระยอง การนำเข้าเชื้อจากชายแดนเข้าไปในกลุ่มแรงงานอพยพที่จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งมีแรงงานอพยพอยู่กันอย่างแออัดนับแสนคนทั้งถูกและไม่ถูกกฎหมาย ทำให้พบการแพร่ระบาดอย่างรุนแรง แต่ผู้ติดเชื้อส่วนมากอายุน้อยและไม่มีความจำเป็นต่อชีวิต อัตราเสียชีวิตจึงไม่สูง แต่ปัญหาสำคัญ คือ การแพร่ระบาดสู่คนไทย และกระจายออกไปอย่างกว้างขวาง เพราะตลาดกลางกุ้งที่จังหวัดสมุทรสาครเป็นแหล่งกระจายอาหารทะเลสู่หลายจังหวัดในภาคกลางและภาคใต้ ทำให้เกิดคลัสเตอร์ของการแพร่ระบาดขึ้นในอีกหลายจังหวัด และยังไม่ทันควบคุมได้ก็เกิดการระบาดระลอกสาม ซึ่งนับถึงวันที่ 7 กรกฎาคม 2564 มีผู้ติดเชื้อสะสมพุ่งสูงขึ้นไปถึง 301,172 คน เสียชีวิต 2,379 คน คิดเป็นอัตราติดเชื้อ-เสียชีวิต ร้อยละ 0.79 เป็นการระบาดต่อเนื่องจากระลอก 2 และจากแหล่งสถานบันเทิงของคนชั้นสูงในย่านชอยทองหล่อ ถนนสุขุมวิทในกรุงเทพมหานคร การแพร่ระบาดเป็นไปอย่างกว้างขวางและรวดเร็ว เพราะมีการระบาดหลายคลัสเตอร์ต่อเนื่องมาจากการระบาดระลอก 2 ซึ่งยัง

ควบคุมไม่ได้ โดยสถาบันกึ่งยานทองหล่อมีพนักงานส่วนหนึ่งพักอาศัยในชุมชนแออัดย่านคลองเตย มีสภาพสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลเอื้อต่อการแพร่ระบาดของเชื้อ รวมทั้งพบการระบาดอย่างกว้างขวางในเรือนจำหลายแห่ง ซึ่งผู้ต้องขังอยู่กันอย่างแออัดมาก ประกอบกับมีเชื้อกลายพันธุ์ซึ่งมีอัตราการแพร่เชื้อ คือ ค่าอาร์คูนี (reproduction number: R0 หรือ infectivity rate) สูงขึ้น แพร่ระบาดได้เร็วขึ้น โดยค่าดังกล่าวอยู่ระหว่าง 1.5 ถึงมากกว่า 6^[10] ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้ออาจเพิ่มในอัตราพหุคูณ (exponential) มิใช่เพิ่มอัตราทวีคูณ (double) เท่านั้น ทำให้พบการติดเชื้อหลักพันต่อวันต่อเนื่อง จนจำนวนผู้ติดเชื้อทะลุหลักแสน เมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2564 (101,447 คน) และเสียชีวิตทะลุหลักพัน เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2564 (1,012 คน)

3. ปัจจัยความสำเร็จและปัญหากำก่าย

ประเทศไทยมีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ เพราะเป็นประเทศเปิด ต้องพึ่งพาเศรษฐกิจภาคบริการสูงถึงร้อยละ 52.4 ของจีดีพี โดยต้องพึ่งพาแรงงานราคาถูกจากประเทศเพื่อนบ้านเป็นจำนวนมาก และจำนวนคนยากจนยังมีมาก ขณะที่กลไกการบังคับใช้กฎหมายไม่เข้มแข็ง ในอดีตเมื่อโรคเอดส์แพร่ระบาดใหญ่ในสหรัฐอเมริกา ประเทศไทยก็เป็นประเทศที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์รวดเร็วและรุนแรงที่สุดในเอเชีย เมื่อเกิดการระบาดของไข้หวัดนกและโรคซาร์ส ไทยก็พบการแพร่ระบาดและได้รับผลกระทบค่อนข้างสูง แม้แต่ไวรัสซิกาซึ่งยังมีลักษณะการระบาดแบบโรคประจำถิ่นในทวีปอเมริกาใต้ ก็ตรวจพบในประเทศไทย การที่ประเทศไทยสามารถควบคุมและป้องกันโควิด-19 ได้ดี โดยเฉพาะในปี พ.ศ.2563 ซึ่งจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2563 พบผู้ติดเชื้อเพียง 6,884 คน ราย และเสียชีวิตเพียง 61 คน ต้องนับว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จพอสมควร แต่ต่อมาระบาดในระลอก 2 และการระบาดใหญ่ในระลอก 3 แสดงว่าต้องมีเหตุปัจจัยให้เป็นเช่นนั้น ต่อไปนี้เป็นวิเคราะห์เหตุปัจจัยของความสำเร็จและปัญหาท้าทายต่างๆ

3.1 ปัจจัยความสำเร็จ

โควิด-19 เริ่มระบาดในนครอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน โดยพบผู้ป่วยหมายเลข 0 (patient zero) ซึ่งถือเป็นจุดตั้งต้นของการระบาดเมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2562^[11] นครอู่ฮั่นเป็นศูนย์กลางการคมนาคมทางอากาศตอนกลางของประเทศจีน มีเที่ยวบินไปยังเมืองต่างๆ จำนวนมากทั่วโลก จึงทำให้โรคแพร่กระจายไปได้ทั่วโลกอย่างกว้างขวางและรวดเร็ว เพราะโควิด-19 สามารถแพร่เชื้อ

ได้ตั้งแต่ยังไม่ปรากฏอาการและผู้ติดเชื้อส่วนมากไม่มีอาการหรือมีอาการน้อย ยังสามารถเดินทางได้ จึงปรากฏหลักฐานต่อมาว่า พบผู้ป่วยรายแรกในสหรัฐ และบางประเทศในยุโรปตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 และมกราคม 2563^[12-14]

โรคติดเชื้ออุบัติใหม่อย่างโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคระบบหายใจ ติดต่อกันได้โดยง่ายจากการสัมผัสโดยตรง (direct contact) และสามารถแพร่กระจายไปยังคนต่อๆ ไปได้โดยรวดเร็วและกว้างขวาง การควบคุมโรคนี้จะต้องใช้หลักการได้แก่ (1) การรู้แต่เนิ่นๆ และควบคุมอย่างทันท่วงที (early recognition and prompt response) เพื่อมิให้โรคแพร่กระจายจากผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย คนแรกไปยังคนต่อๆ ไป (2) การสืบหาและติดตามผู้สัมผัส (contact tracing and tracking) ให้ได้มากที่สุด และนำผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อมาแยกกัก (isolation) อย่างน้อย 2 เท่าของระยะฟักตัวของโรค ซึ่งกรณีโควิด-19 คือ 14 วัน มิให้แพร่โรคไปสู่ผู้อื่น และนำผู้สัมผัสมากักกัน (quarantine) จนพ้นระยะที่มีโอกาสแพร่โรค คือ 14 วัน เช่นกัน

สหรัฐ อิตาลี และอีกหลายประเทศ ผิดพลาดที่ไม่ได้ใช้หลักการควบคุมโรคดังกล่าวนี้ ทำให้โรคแพร่ไปอย่างกว้างขวางเข้าสู่กลุ่มเสี่ยงสูง คือ คนสูงอายุและมีโรคเรื้อรังประจำตัว ซึ่งเมื่อติดเชื้อแล้วมักมีอาการรุนแรง จะต้องเข้าหอผู้ป่วยหนักหรือไอซียู (Intensive Care Unit: ICU) จนเกินกำลังของระบบบริการทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวนมาก และควบคุมยาก สหราชอาณาจักรเชื่อว่าโรคนี้มีอัตราเสียชีวิตต่ำ ในระยะแรกมีแนวความคิดที่จะปล่อยให้ประชาชนติดเชื้ออย่างกว้างขวางจนเกิดภูมิคุ้มกันหมู่ (herd immunity) แล้วโรคจะสงบไปเอง ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ผิด ทำให้มีคนเสียชีวิตมากและอัตราการติดเชื้อ-เสียชีวิตสูงสุดในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว

ประเทศไทยดำเนินการควบคุมโรคโควิด-19 ตามหลักการที่ถูกต้องตั้งแต่แรก โดยทันทีที่ทราบรายงานขององค์การอนามัยโลกในวันที่ 31 ธันวาคม 2562 นักระบาดวิทยาในกรมควบคุมโรค ได้ประชุมปรึกษาหารือวางแผนรับมือตั้งแต่วันที่ 1-2 มกราคม 2563 ซึ่งเป็นวันหยุดยาวช่วงปีใหม่และเมื่อราชการเปิดทำการในวันที่ 3 มกราคม ก็ได้ไปดำเนินการ “เฝ้าระวังโรค” (disease surveillance) ที่สนามบิน 4 แห่ง จากทั้งหมดกว่า 30 แห่ง โดยเลือกเฉพาะที่มีผู้โดยสารจากอู่ฮั่น ได้แก่ สนามบินสุวรรณภูมิ ดอนเมือง เชียงใหม่ และภูเก็ต โดยที่สนามบินสุวรรณภูมิซึ่งมีขนาดใหญ่มาก ได้มีการประสานงานกับการทำอากาศยานให้ผู้โดยสารจากอู่ฮั่นเข้าที่ช่องทางเดียว ทำให้สามารถใช้เจ้าหน้าที่ควบคุมโรคซึ่งมีอยู่จำกัดและ

เครื่องมืออุปกรณ์ที่มีอยู่น้อยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถพบผู้ต้องสงสัยว่าติดเชื้อรายแรกตั้งแต่วันที่ 8 มกราคม 2563 และมีห้องปฏิบัติการที่สามารถตรวจหาเชื้อและถอดรหัสพันธุกรรมของเชื้อได้ สามารถเทียบกับรหัสพันธุกรรมของเชื้อที่จีนรายงานต่อธนาคารพันธุกรรมโรคในวันที่ 11 มกราคม 2563 และประกาศรายงานผู้ป่วยรายแรกที่ตรวจพบนอกประเทศจีนได้ในวันที่ 13 มกราคม 2563 โดยมีการนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบกักกันและติดตามผู้สัมผัสมาแยกกักตามหลักการอย่างเคร่งครัด

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทำให้มีอัตราการเสียชีวิตต่ำ โดยทุกรายรักษาโดยไม่คิดมูลค่าและมีมาตรการต่างๆ ออกมาเป็นระยะตามความจำเป็น เช่น^[15]

22 มกราคม 2563 (ก่อนปิดเมืองอยู่ขั้น 1 วัน) กระทรวงสาธารณสุขเปิดศูนย์ปฏิบัติการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉิน (Emergency Operation Control: EOC) ช่วงใกล้เทศกาลตรุษจีน

27 มกราคม 2563 ตั้งศูนย์ปฏิบัติการนายกรัฐมนตรี (Prime Minister Operation Centre: PMOC) รับมือสถานการณ์โรคระบาด ก่อนองค์การอนามัยโลกประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2563

4 กุมภาพันธ์ 2563 เริ่มสัปดาห์ทำความสะอาดใหญ่ (big cleaning week) รับคนไทยกลับจากอยู่ขั้น 138 คน

26 กุมภาพันธ์ 2563 กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้โควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย ทำให้สามารถดำเนินการควบคุมโรคตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประชาชนได้รับสิทธิในการรักษาและควบคุมป้องกันโรคฟรี ตามรัฐธรรมนูญ

การดำเนินการตามทฤษฎีและหลักการควบคุมป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่ระบาดอย่างกว้างขวาง ตั้งแต่ต้นและกระทำต่อเนื่อง ทำให้ประเทศไทยสามารถควบคุมโควิด-19 ได้ดีเกือบตลอดปี 2563 และแม้เมื่อเกิดการระบาดระลอก 2 และ 3 ที่รุนแรงมาก ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยก็สามารถรับมือสถานการณ์การระบาดได้ต่อเนื่อง โดยแม้อยู่ในช่วงการระบาดใหญ่ระลอก 3 รัฐบาลก็กล้าเสี่ยงตัดสินใจนำร่องเปิดรับนักท่องเที่ยวเข้าจังหวัดภูเก็ต ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2564

ความสำเร็จต่างๆ เหล่านี้ เกิดจากการวางรากฐานของระบบสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ในด้านต่างๆ พอสรุปได้ ดังนี้^[16]

ประการแรก การสร้างและพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (epidemiological surveillance system)

มายาวนานกว่าครึ่งศตวรรษ โดยมีการตีพิมพ์รายงานเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์มาอย่างต่อเนื่อง ถึงปี 2564 เป็นปีที่ 52 แล้ว ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ (Weekly Epidemiological Surveillance Report: WESR) ระบบเฝ้าระวังดังกล่าวทำให้มีการเฝ้าระวังการระบาดของโรคอยู่ตลอดเวลา และมีการเตรียมการตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม 2563

ประการที่สอง หลังเหตุการณ์วันที่ 14 ตุลาคม 2516 ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองโดยนักศึกษาประชาชนมีบทบาทสำคัญในการเดินขบวนล้มรัฐบาลเผด็จการทหาร ทำให้มีรัฐบาลพลเรือนและร่างรัฐธรรมนูญขึ้นใหม่ ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญในระบบสาธารณสุข 2 เรื่อง ที่มีผลต่อการควบคุมและป้องกันโรคระบาดอย่างโควิด-19 อย่างสำคัญ คือ (1) มีการปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขครั้งใหญ่ มีการตั้งกรมควบคุมโรคติดต่อขึ้นในปี 2517 จากเดิมเป็นเพียงหน่วยงานระดับกองเพื่อเตรียมรับมือกับการควบคุมและป้องกันโรคระบาด (2) รัฐธรรมนูญที่ร่างขึ้นมีบทบัญญัติว่า “การป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออันตราย รัฐจะต้องกระทำให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า” (มาตรา 92 วรรคสาม) บทบัญญัติดังกล่าวนี้ คงอยู่ในรัฐธรรมนูญฉบับต่อๆ มาทุกฉบับ ฉบับ พ.ศ. 2560 อยู่ในมาตรา 47 วรรคสาม “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย”

ประการที่สาม ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่อง โดยสร้างโรงพยาบาลครบทุกจังหวัดตั้งต่อก่อน พ.ศ. 2500 ต่อมา มีการสร้างโรงพยาบาลระดับอำเภอครบทุกอำเภอและสถานีอนามัย ซึ่งต่อมากระดับเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลครบทุกตำบล ในช่วงแผนพัฒนาประเทศฉบับที่ 5 และ 6 (พ.ศ. 2525-2534) ทำให้สามารถดูแลรักษาประชาชนได้อย่างทั่วถึง

ประการที่สี่ มีการพัฒนาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแขนงต่างๆ มาตั้งแต่ พ.ศ. 2516 โดยเป็นการฝึกอบรมภายในประเทศไม่ต้องส่งไปศึกษาต่อในต่างประเทศ ทำให้ผลิตได้จำนวนมากเพียงพอกระจายไปทั่วประเทศ ผู้ป่วยโควิด-19 ที่อาการหนักจึงได้รับการดูแลจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างทั่วถึง ทำให้อัตราป่วย-ตายค่อนข้างต่ำ

ประการที่ห้า มีการพัฒนานักระบาดวิทยาภาคสนามที่มีความเชี่ยวชาญมาตั้งแต่ พ.ศ. 2523 ผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้มีประสบการณ์ในการรับมืออย่างดีกับการระบาดของโรคเอดส์ โรคซาร์ส โรคเมอร์ส โรคชิคา ไช่หวัดนก ไช่หวัดใหญ่ 2009 และโรคอื่นๆ ได้อย่างดี ทำให้สามารถเข้าไปควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว ตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2563

และทำงานต่อเนื่องมาอย่างเข้มแข็ง

ประการที่หก มีการพัฒนาหน่วยพิเศษเพื่อควบคุมโรคโดยรวดเร็ว เรียกว่า “ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว” (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT) ตั้งแต่ พ.ศ. 2540 ในช่วงการระบาดของไข้หวัดนก โดยกระจายอยู่ทุกอำเภอ ทำให้สามารถรับมือกับการระบาดในช่วงที่มีการ “ลือคดวุ่น” กรุงเทพฯ บางส่วน เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2563 ซึ่งเป็นช่วงก่อนวันสงกรานต์ และผู้มีภูมิคุ้มกันต่ำในต่างจังหวัดเดินทางกลับบ้านจำนวนมาก ผู้ติดเชื้อกระจายไปตามจังหวัดต่างๆ แต่หน่วยงานเหล่านี้มีส่วนสำคัญในการควบคุมโรคมิให้เกิดการระบาดใหญ่ในวงกว้าง

ประการที่เจ็ด มีการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานมาตั้งแต่ พ.ศ. 2521 หลังประกาศปฏิญญาอัลมา อะตาขององค์การอนามัยโลก ทำให้ระบบอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการพัฒนามาในหลายอำเภอก่อนหน้านี้หลายปี ได้ดำเนินการทั่วประเทศ พัฒนาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กว่า 1 ล้านคน กระจายอยู่ทั่วทุกหมู่บ้าน สามารถเป็นกำลังสำคัญในการติดตามเฝ้าระวังผู้สัมผัสโรคและผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย นำเข้ามาสู่ระบบการแยกกักและกักกัน จึงไม่แพร่โรคในวงกว้าง

ประการที่แปด ระบบการปกครองท้องถิ่นที่พัฒนามากว่าร้อยปี และระบบการปกครองท้องถิ่นที่พัฒนาอย่างก้าวกระโดดในปี พ.ศ. 2537 และโดยรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ทำให้อำนาจรัฐซึ่งเป็น “อำนาจแข็ง” (hard power) สามารถทำงานประสานกับ อสม. ซึ่งเป็น “อำนาจอ่อน” (soft power) ในการนำผู้สัมผัสโรคและผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเข้ามาสู่ระบบการแยกกักและกักกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ประการที่เก้า มีการแก้ปรับปรุงพระราชบัญญัติโรคติดต่อ เมื่อ พ.ศ. 2558 ให้แต่ละจังหวัดมีคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อประจำจังหวัด มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน จากเดิมมีเฉพาะคณะกรรมการส่วนกลางเพียงคณะเดียว ทำให้มีการกระจายอำนาจให้ทุกจังหวัดเข้ามา มีบทบาทหน้าที่ในการควบคุมป้องกันโรค แทนที่จะต้องรอฟังคำสั่งจากส่วนกลางเท่านั้น

ประการที่สิบ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทำให้ประชาชนไทยมีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมทั่วประเทศ จากเดิมมีสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม และอื่นๆ ครอบคลุมประชากรราวร้อยละ 25 เท่านั้น ระบบดังกล่าวเป็นที่รู้จักกว้างขวางว่า “ระบบบัตรทอง” (Gold Card Scheme) นอกจากขยายการครอบคลุมสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลถ้วนหน้าแล้ว ยังปฏิรูประบบให้มีประสิทธิภาพสูงมาก ค่าใช้จ่ายต่อหัว

ประชากรต่อปีในระบบนี้ เริ่มต้นเพียง 1,202.40 บาท เท่านั้น และในปี 2564 เพียง 3,719.23 บาทต่อคนต่อปี นอกจากนี้ระบบนี้ยังมีธรรมาภิบาลสูง มีสายด่วน 1330 แก้ไขปัญหาให้ประชาชนตลอด 24 ชั่วโมง ไม่มีวันหยุด การบริการขยายจากรักษาพยาบาลครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย นอกจากนี้ยังมีระบบการช่วยเหลือเบื้องต้นโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด (no fault compensation) ช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการการรักษาพยาบาล กรณีเสียชีวิตไม่เกิน 400,000 บาท ทุพพลภาพถาวรไม่เกิน 240,000 บาท โดยมีคณะกรรมการทุกจังหวัดพิจารณา สามารถให้การช่วยเหลือได้ภายใน 1-2 เดือน เร็วกว่ากรณีไปฟ้องร้องต่อศาล ซึ่งมักต้องใช้เวลานานกว่า 10 ปี ซึ่งสร้างภาระยุ่งยากและทำลายความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับโรงพยาบาลโดยใช้เหตุ ระบบดังกล่าวสามารถนำมาประยุกต์ใช้แก่ผู้ได้รับความเสียหายจากวัคซีนโควิด-19 ได้อย่างดี^[7,18]

กลไกต่างๆ เหล่านี้ คือ พื้นฐานสำคัญที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับการที่ประชาชนคนไทยส่วนใหญ่ปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องการสวมหน้ากากอนามัย การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล การรักษาระยะห่าง และไม่ต่อต้านการสวมหน้ากากอนามัยอย่างที่ปรากฏในประเทศตะวันตกหลายประเทศ ทำให้สามารถควบคุมป้องกันโรคได้ดี โดยเฉพาะในการระบาดระลอกแรก แต่กลไกต่างๆ เหล่านี้ก็มีขีดความสามารถจำกัด จึงทำให้เกิดการระบาดระลอกต่อมา เพราะปัญหาท้าทายต่างๆ ที่ทำให้ระบบควบคุมและป้องกันโรคเกิดช่องโหว่

3.2 ปัญหาท้าทาย

มนุษย์ส่วนใหญ่ต้องการมีชีวิตที่สะดวกสบายและต้องการความสนุกสนานรื่นเริง การต้องสวมหน้ากากอนามัยและรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลอยู่ตลอดเวลาจึงฝืนธรรมชาติมนุษย์ และมนุษย์เป็นสัตว์สังคม ต้องการการพบปะสังสรรค์ คลุกคลี แสดงความรักต่อกัน มาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม ย่อมฝืนธรรมชาติมนุษย์ข้อนี้ เมื่อต้องปฏิบัติตามไปย่อมเกิดความหย่อนยาน ประกอบกับความสำเร็จในการควบคุมป้องกันโรคเกือบตลอดปีแรกก็ทำให้เกิดความชะล่าใจ (complacency) ขณะที่ประเทศไทยมีจุดเปราะบางที่พร้อมจะทำให้เกิดการระบาดของโรคจำนวนมาก ทั้งบ่อนการพนัน สถานบันเทิง ชุมชนแออัด ชุมชนของแรงงานอพยพ แคมป์คนงาน เรือนจำ เป็นต้น แม้ประเทศเจริญแล้วอย่างสิงคโปร์ ก็เกิดการระบาดใหญ่ในชุมชนแรงงานต่างชาติ ในที่สุดก็เกิดระบาดระลอก 2 และ 3 ด้วยเหตุปัจจัยต่างๆ ดังนี้

ประการแรก ปัญหาเศรษฐกิจที่เริ่มร่ำรวยขึ้นเรื่อยๆ

ทำให้หลายฝ่ายต้อง “ตื่นนอน” ทั้งถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมายเพื่อให้สามารถอยู่รอด ในที่สุด ก็เกิดการระบาดของโรคขึ้นตามจุดเปราะบางต่างๆ ได้แก่ บ่อนการพนัน สถานบันเทิง ชุมชนแรงงานอพยพ ชุมชนแออัด เรือนจำ แคมป์คนงาน เป็นต้น กลายเป็นคลัสเตอร์ของการระบาดในวงกว้างขึ้นเรื่อยๆ

ประการที่สอง โดยที่ทั่วโลกไม่คาดคิดว่าการวิจัยและพัฒนาวัคซีนจะประสบความสำเร็จรวดเร็วเช่นนี้และมีประสิทธิภาพ (efficacy) สูงได้ถึงร้อยละ 94-95 เช่นนี้เพราะวัคซีนที่พัฒนาเร็วที่สุดในประวัติศาสตร์การแพทย์คือ วัคซีนโรคคางทูม ใช้เวลาถึง 4 ปี และผู้เชี่ยวชาญชั้นนำของโลกต่างยืนยันว่า วัคซีนจะสำเร็จหลังจากที่สำเร็จจริงราว 1/2 - 1 ปี โดยทั้งสำนักงานอาหารและยาสหรัฐอเมริกา ยุโรป ตั้งเป้าหมายรับขึ้นทะเบียนวัคซีนหากมีประสิทธิภาพเพียงร้อยละ 50 ขึ้นไป เท่านั้น ประกอบกับประเทศไทยสามารถควบคุมโรคได้ดีโดยไม่ต้องพึ่งพาวัคซีนเกือบตลอดปีแรก ทำให้การเตรียมการด้านวัคซีนประสบปัญหาทั้งด้านจำนวนและระยะเวลา โดยคาดว่าจะได้วัคซีนล็อตแรกจากบริษัทแอสตราเซนเนกาในเดือนมิถุนายน 2564 และตั้งเป้าไว้เพียง 50 ล้านโดสเท่านั้น ทำให้ผู้รับผิดชอบต้องเผชิญแรงกดดันอย่างสูงจากทุกทิศทางที่ต้องการวัคซีนเพิ่มขึ้นมาก ทั้งชนิด จำนวน และความเร็ว ขณะที่รัฐบาลมีข้อจำกัดหลายด้าน ได้แก่

(1) ประเทศไทยก็เหมือนประเทศส่วนใหญ่ในโลก คือไม่มีศักยภาพในการวิจัย พัฒนาและผลิตวัคซีนอย่างวัคซีนโควิด-19 ได้เอง แม้มีหลายหน่วยงานมีความพยายาม และประสบความสำเร็จบางระดับ แต่ยังมีขีดจำกัดอยู่มากจึงต้องพึ่งพาการซื้อวัคซีนจากต่างประเทศทั้งสิ้นตลอดปี 2564

(2) กฎหมายและระเบียบการจัดซื้อมีข้อจำกัด โดยกฎหมายกำหนดให้ต้องซื้อวัคซีนที่ปลอดภัย ได้ผลดี และราคาเหมาะสม ซึ่งในระยะเวลาที่ต้องตัดสินใจจัดซื้อ ยังไม่มีวัคซีนเช่นนั้นในโลก

(3) งบประมาณในการสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาวัคซีน ยา และเครื่องมืออุปกรณ์รับมือกับโควิด-19 มีจำกัดมาก หลักพันล้านบาท ขณะที่ “แผนปฏิบัติการความเร็วเหนือแสง” (Operation Warp Speed) ของสหรัฐใช้งบประมาณถึง 18,000 ล้านดอลลาร์ หรือราว 5.5 แสนล้านบาท ในการเร่งวิจัยและพัฒนาวัคซีน โดยวัคซีนของโมเดอร์นาได้เงินสนับสนุนจากสถาบันสุขภาพแห่งชาติและแผนปฏิบัติการดังกล่าวรวมถึง 2,500 ล้านดอลลาร์ วัคซีนออกซ์ฟอร์ด-แอสตราเซนเนกาได้รับสนับสนุน 1,200 ล้านดอลลาร์ วัคซีนจอห์นสันแอนด์จอห์น

สันได้รับสนับสนุน 1,000 ล้านดอลลาร์^[19] วัคซีนเอ็มอาร์เอ็นเอที่ประเทศไทยพัฒนาขึ้น ได้รับงบประมาณสนับสนุนราว 300 ล้านบาทเท่านั้น และเพิ่งเข้าสู่การวิจัยในคนระยะที่ 1 เมื่อวันที่จันทร์ที่ 14 มิถุนายน 2564^[20]

ประการที่สาม โควิด-19 สร้างปัญหาให้แก่ทุกประเทศ 2 ด้านพร้อมกัน คือ ด้านสาธารณสุขและด้านเศรษฐกิจ การสร้างสมดุลในการแก้ปัญหา 2 ด้านดังกล่าวเป็นเรื่องยากยิ่ง ต้องมีผู้นำประเทศที่ฉลาดปราดเปรื่อง มีวิสัยทัศน์ที่ดีพอ และได้รับศรัทธา ความเชื่อไว้วางใจ (trust) อย่างสูงจากประชาชน รวมทั้งต้องมีรัฐบาลที่เข้มแข็ง จึงจะสามารถแก้ปัญหาได้ตลอดรอดฝั่ง

ประเทศไทยประสบความสำเร็จด้านสาธารณสุขในช่วงปีแรก แต่ก็เกิดความบอบช้ำทางเศรษฐกิจอย่างมาก เมื่อมีแรงกดดันด้านเศรษฐกิจ ขณะที่ขาดเครื่องมือสำคัญที่จะแก้ปัญหาด้านสาธารณสุข คือ วัคซีน จึงแทนที่จะได้อย่างเสียอย่าง กลับต้องเสียทั้ง 2 ด้าน

รัฐบาลสามารถบรรเทาปัญหาเรื่องวัคซีนได้ในช่วงแรก โดยได้วัคซีนซิโนแวคจากจีนมา “ขาดตาทัพ” และได้วัคซีนแอสตราเซนเนกาบางส่วนมาเริ่มต้นฉีดตั้งแต่ปลายเดือนกุมภาพันธ์ 2564 โดยกำหนดยุทธศาสตร์อย่างถูกต้อง คือ ฉีดให้แก่คน 2 กลุ่มแรก ได้แก่ (ก) บุคลากรสาธารณสุขด่านหน้า เพื่อรักษาระบบสาธารณสุขให้สามารถรับมือโควิด-19 ได้ต่อไป (ข) คนสูงอายุและคนที่มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค เพื่อลดการเสียชีวิต แต่ต่อมารัฐบาลทนแรงกดดันจาก “กลุ่มกดดัน” (pressure groups) ต่างๆ ไม่ได้นำวัคซีนไปฉีดนอกกลุ่มเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) ประชาชนในกรุงเทพฯ เพื่อควบคุมการระบาด (2) จังหวัดที่จะเปิดรับนักท่องเที่ยวบางจังหวัด (3) บุคลากรในมหาวิทยาลัย (4) ผู้ใช้แรงงาน (5) ผู้เกี่ยวข้องกับการคมนาคมขนส่ง และอื่นๆ ทำให้วัคซีนที่มีน้อยอยู่แล้วยิ่งไม่พอเพียง สถานการณ์จึงยิ่งวิกฤต ความเชื่อไว้วางใจในผู้นำประเทศลดฮวบเหลือเพียงร้อยละ 19.32^[21]

ประการที่สี่ ประเทศไทยปกครองในระบบอบประชาธิปไตยในระบบรัฐสภา แม้รัฐธรรมนูญจะถูกวิพากษ์วิจารณ์มากกว่ามีความไม่เป็นประชาธิปไตยตามมาตรฐานทั่วไป แต่สื่อมวลชนมีเสรีภาพค่อนข้างกว้างขวาง สื่อสังคมออนไลน์มีเสรีภาพสูงมาก และประชาชนสามารถเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ได้อย่างกว้างขวาง ปัญหาใหญ่ก็คือ มีข่าวเท็จ (fake news) มากมาย และรัฐบาลก็ไม่สามารถจัดการกับข่าวเท็จเหล่านั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ประชาชนตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของข่าวเท็จและข่าวร้ายต่างๆ อย่างกว้างขวาง การแก้ปัญหาที่มีผลกระทบสูงและกว้างขวางอย่างโควิด-19 โดยการประชาสัมพันธ์ที่ดีจึงทำได้ยากมาก

ประการที่ห้า รัฐบาลใช้มาตรการปิดเมืองบางส่วน (partial lockdown) ครั้งแรก โดยเริ่มจากในกรุงเทพฯ เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2563 และใช้มาตรการนี้เป็นระยะๆ อีกหลายครั้ง โดยขาดการเตรียมการที่ดี ไม่ได้เตรียมการรองรับ ทั้งการแก้ปัญหาผลกระทบทางเศรษฐกิจและการเยียวยาช่วยเหลือ ทำให้ผู้ใช้แรงงานพากันแตกตื่นกลับภูมิลำเนาในต่างจังหวัด โรคแพร่กระจายไปทั่วประเทศ และเกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างกว้างขวาง เศรษฐกิจชะงักงัน คนตกงานจำนวนมาก ประชาชนโดยเฉพาะคนที่มีรายได้น้อยและยากจนประสบความยากลำบากเพิ่มขึ้นอย่างมาก

4. บทบาทการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนจีน

โควิด-19 เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่ระบาดใหญ่ไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว โดยองค์การอนามัยโลกประกาศการระบาดใหญ่ทั่วโลกเมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 ถึงวันที่ 8 กรกฎาคม 2564 มีผู้ติดเชื้อที่ยืนยันแล้วมากกว่า 185 ล้านคน และเสียชีวิตไปแล้วกว่า 4 ล้านคน^[22] โรคนี้จึงจำเป็นต้องรับมือโดยการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก การแพทย์ดั้งเดิมเช่นการแพทย์แผนไทยและการแพทย์จีนจะมีบทบาทเป็นการแพทย์เสริม (complimentary medicine)

4.1 บทบาทการแพทย์แผนไทย

บทบาทสำคัญของการแพทย์แผนไทย คือ การศึกษาวิจัยหาสมุนไพรที่จะสามารถนำมาช่วยแก้ปัญหาการแพร่ระบาดของโควิด-19 สมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติชนิดหนึ่งที่น่าสนใจ คือ ฟ้าทะลายโจร ซึ่งเคยใช้เป็นยาแก้หวัดและแก้ท้องเสียชนิดที่ไม่มีเชื้อ มีการศึกษาฟ้าทะลายโจรขนาดสูงพบว่า สามารถยับยั้งเชื้อ SAR-CoV-2 ได้ดีในหลอดทดลอง จึงนำไปศึกษาทดลองใช้ในผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการน้อย พบว่าสามารถลดอัตราการเกิดอาการรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญ มีการนำข้อมูลไปตีพิมพ์เป็น “รายงานสังเขป” (short communication)^[23] ซึ่งหมายความว่า “เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติม”^[24] แต่รายงานดังกล่าวได้รับความเชื่อถือสูงนำไปสู่การเพิ่มข้อบ่งชี้ของฟ้าทะลายโจรให้ใช้ได้กับผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการน้อย เพื่อลดโอกาสในการเกิดอาการรุนแรง^[25] โดยประชาชนมีความเชื่อถือและนิยมสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยอยู่แล้วโดยพื้นฐาน จึงมีการนำสมุนไพรนี้ไปใช้อย่างกว้างขวางในแหล่งที่มีการระบาดใหญ่เช่นในเรือนจำและในชุมชนแออัด ตลอดจนในผู้ติดเชื้อที่อยู่ใน “ศูนย์พักคอย” (community isolation) และที่ให้แยก

กักตัวอยู่ตัวที่บ้าน (home isolation) ช่วงต้นเดือนกรกฎาคม 2564 มีการระบาดอย่างรุนแรงของโควิด-19 ในกรุงเทพฯ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้พระราชทานฟ้าทะลายโจรให้แก่กรุงเทพมหานคร จำนวน 2,000 ขวด^[26] และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดปราจีนบุรีที่มีชื่อเสียงเรื่องสมุนไพรได้บริจาคฟ้าทะลายโจรให้แก่ กทม. อีก 1.2 ล้านเม็ด^[27] ฟ้าทะลายโจรเป็นยาสมุนไพรที่มีราคาถูก ขนาดที่ใช้คือ 180 มก.ต่อวัน เป็นเวลา 5 วัน ราคา 180 บาท เทียบกับยาต้านไวรัสฟาวิพิราเวียร์ที่เป็นมาตรฐานการรักษาสำหรับผู้ป่วยโควิด-19^[28] ราคา 4,800 บาท อย่างไรก็ดี โดยที่รายงานการศึกษาเรื่องนี้ยังเป็นเพียงรายงานสังเขป จึงอาจมีปัญหาเรื่องความน่าเชื่อถือ ทำให้ยังไม่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในหมู่แพทย์แผนปัจจุบัน^[29]

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาวิจัยอีก 1 เรื่อง แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะแรก ทำการทดสอบฟ้าทะลายโจรในผู้ป่วย 6 ราย พบว่า เชื้อไวรัสถูกขจัดไปได้ชัดเจน จึงศึกษาต่อระยะที่ 2 เป็นการศึกษาแบบสุ่มเปรียบเทียบในผู้ป่วย 60 ราย (นอกจากการศึกษา 3 ราย) เปรียบเทียบประสิทธิภาพและความปลอดภัยของฟ้าทะลายโจรในผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการน้อยโดยกลุ่มที่ได้รับฟ้าทะลายโจรมี 29 รายไม่มีรายใดเกิดปอดอักเสบ กลุ่มได้รับยาหลอก 28 ราย มีปอดอักเสบ 3 ราย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ค่า $p=0.039$ ผู้วิจัยสรุปว่า ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม^[30]

การระบาดของโควิด-19 ในเรือนจำมีการใช้ฟ้าทะลายโจรกับผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ในขนาด 100-140 มก.ต่อวัน หรือต่ำกว่าเป็นเวลา 5 วัน (บางรายได้รับกระชายขาวร่วมด้วย) พบว่าในจำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับฟ้าทะลายโจร 37,656 คน เสียชีวิต 47 คน คิดเป็นร้อยละ 0.125 ขณะที่ผู้ติดเชื้อสะสมทั่วประเทศช่วงนั้น 345,027 คน เสียชีวิต 2,791 คน (12 กรกฎาคม 2564) คิดเป็นร้อยละ 0.809 สูงกว่าการเสียชีวิตในผู้ต้องขังในเรือนจำราว 6.48 เท่า^[31] ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวจะต้องพิจารณาลักษณะประชากรในเรือนจำว่าเหมือนหรือแตกต่างจากประชากรทั่วไปอย่างไร หรือไม่

4.2 บทบาทการแพทย์จีน

เมื่อมีการแพร่ระบาดของโควิด-19 ตั้งแต่วันที่ 31 ธันวาคม 2562 คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวได้เริ่มศึกษาหาความรู้เรื่องนี้ทั้งจากประเทศจีนและในประเทศไทย มีการเตรียมการเพื่อป้องกันโรคในคลินิก จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 และเตรียมพัฒนาตำรายาจีนทั้งยาสำเร็จรูป ยาต้ม การฝังเข็มและ

อื่นๆ ผลสมผสานกับการแพทย์แผนตะวันตก แบ่งปันความรู้ผ่านเฟซบุ๊ก ชมรมวิชาการครอบครัวแพทย์แผนจีน รวมทั้งจัดกิจกรรมต่างๆ

เมื่อกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563 คลินิกการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์จีนหัวเฉียวได้ดำเนินการต่างๆ ดังนี้

1 มีนาคม 2563 เพิ่มจุดบริการชาวจีนจีนป้องกันไวรัสโคโรนาตั้งประจำที่ชั้น 1 และชั้น 3 โดยมีบริการตลอดวัน

17 มีนาคม 2563 จัดประชุมวิชาการแพทย์แผนจีนเรื่องแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สรุปว่าการแพทย์จีนสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ 2 ระยะ คือ (1) การป้องกันก่อนการเกิดโรค เช่น การใช้ชีวิตตามนาฬิกาชีวิต การออกกำลังกาย เช่น โยเกิร์ต ปาตวันจิน การใช้ยาอายุในการบำรุง (เช่น ในจุดจูซานหลี่, กวนหยวน, ถานจง, จงหว่าน) (2) การฟื้นฟูหลังการเกิดโรค

20 มีนาคม 2563 ประชุมวิชาการกับโรงพยาบาลหลงหัว ได้ข้อสรุป ดังนี้

(1) ประเทศจีนมีการใช้ยาจีนทุกระยะของโรคตั้งแต่ช่วงระยะกักตัวที่ผ่านการตรวจแล้วผลออกมาเป็นลบ หรือในระยะที่ติดเชื้อแล้วจะมีการใช้ยาแผนปัจจุบันต้านไวรัสร่วมด้วย แต่ในระยะแรกของการติดเชื้อที่อาการไม่หนักมากใช้เพียงยาจีนอย่างเดียวก็ให้ผลได้เกือบร้อยละ 100

(2) การใช้ยาจีนรักษาทางจีนยังไม่สามารถอธิบายตามหลักเภสัชศาสตร์ได้เพียงบอกว่า ยาต้านไวรัสที่ใช้กันทั่วโลกไม่ได้ฆ่าโควิด-19 หากอาการไม่ดีขึ้นจะมีการใช้สเตียรอยด์ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอเกิดโรคแทรกซ้อน แต่ถ้ามีการใช้ยาจีนเสริมจะช่วยให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันเสริมขึ้นมา ส่งผลให้ร่างกายฟื้นฟูและค่อยๆ กำจัดไวรัสไปเอง

(3) นอกจากใช้ยาจีนยังมีการฝังเข็ม ดนตรีบำบัด และการบริหารร่างกาย

(4) มีการใช้ยาทุกรูปแบบ แต่ใช้ยาต้มเป็นหลัก นอกจากนี้ยังมียาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ยาฉีดเข้าหลอดเลือด แกรนูล เป็นต้น

(5) หลังออกจากโรงพยาบาลจะจ่ายยาให้อีก 1 สัปดาห์และติดตามผลอีก 14 วัน ในรายที่ปอดเสียหายหรืออวัยวะอื่นบาดเจ็บยังต้องดูแลรักษาต่อ

26 มีนาคม 2563 ฝ่ายเภสัชกรรมผลิตชาวจีนจีน 10,000 ห่อ ส่งให้กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

30 มีนาคม 2563 ส่งมอบเครื่องตีสมุนไพรหยาบเชิงบำรุงสุขภาพ เสริมภูมิคุ้มกัน และชาวจีนจีนแก่ 14 หน่วยงานใน

กระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ 63 แห่ง
16 กันยายน 2563 ร่วมประชุมออนไลน์ “ฟอร์มความร่วมมือป้องกันโรคระบาดระหว่างผู้เจียนและพันธมิตรอาเซียน”

21 ธันวาคม 2563 ประชุมทางไกลกับมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้

ในส่วนของยาสมุนไพรจีน ยาเหลียนหัวชิงเหวินเจียวหนิง ซึ่งขึ้นทะเบียนเป็นยารักษาไข้หวัดใหญ่ในประเทศจีน และต่อมาได้รับอนุมัติให้เป็นยารักษาโควิด-19 นั้น ในประเทศไทยได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นยารักษาไข้หวัดใหญ่ และการรักษาไข้ตามภูมิปัญญาการแพทย์จีน นอกจากนี้มีการขอเพิ่มข้อบ่งใช้สำหรับรักษาโควิด-19 ด้วย แต่ถึงเดือนสิงหาคม 2564 ยังไม่ได้รับอนุมัติ

unasa

โควิด-19 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่ระบาดทั่วโลกนับถึงวันที่ 8 กรกฎาคม 2564 มีผู้ติดเชื้อที่ยืนยันแล้วมากกว่า 185 ล้านคน และเสียชีวิตแล้วกว่า 4 ล้านคน ประเทศไทยมีการระบาดโดยพบผู้ป่วยรายแรกนอกประเทศจีนตั้งแต่วันที่ 8 มกราคม 2563 และสามารถตรวจพบหลักฐานการระบาดของเชื้อ และประกาศอย่างเป็นทางการได้เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 ประเทศไทยเป็นประเทศเปิด โดยเศรษฐกิจพึ่งพาภาคบริการถึงร้อยละ 52.4 โดยมีรายได้สูงจากการเปิดรับนักท่องเที่ยว และมีจุดเปราะบางมากมายที่เอื้อต่อการแพร่ระบาดของโรคอย่างกว้างขวาง เพราะยังมีคนยากจนจำนวนมาก มีแรงงานอพยพกว่า 5 ล้านคน โดยกว่าครึ่งเป็นแรงงานไม่ถูกกฎหมายที่อยู่กันอย่างแออัด สภาพสุขาภิบาลไม่ดี มีชุมชนแออัดอยู่จำนวนมาก มีสถานบันเทิงและบ่อนการพนันผิดกฎหมายและเรือนจำที่ผู้ต้องขังอยู่กันอย่างแออัด ยัดเยียด ประกอบกับการบังคับใช้กฎหมายก็ไม่เข้มแข็ง แต่ประเทศไทยสามารถควบคุมป้องกันการระบาดได้ดีเกือบตลอดปี 2563 จึงเกิดการระบาดระลอก 2 ช่วงปลายปี 2563 ต่อด้วยการระบาดใหญ่ระลอก 3 ตั้งแต่เดือนเมษายน 2564

ความสำเร็จในการควบคุมป้องกันโรคโดยเฉพาะในช่วงปีแรก เกิดจากการพัฒนาระบบสาธารณสุขมาอย่างยาวนานกว่าครึ่งศตวรรษ ได้แก่ (1) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (2) การมีบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญให้รัฐต้องควบคุมและป้องกันโรคติดต่ออันตรายให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย (3) การพัฒนาระบบบริการของรัฐอย่างกว้างขวางครอบคลุมทั่วประเทศ (4) การพัฒนาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกแขนงมายาวนานกว่า

40 ปี (5) การพัฒนานักกระบวนวิทยาด้านการสาธารณสุขมาอย่างเข้มแข็งและมีประสบการณ์สูงในการเผชิญกับโรคระบาดร้ายแรงต่างๆ มาอย่างต่อเนื่อง (6) การพัฒนาทีมสอบสวนและเคลื่อนที่เร็วกระจายไปทั่วทุกอำเภอทั่วประเทศ (7) การพัฒนาระบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั่วประเทศกว่า 1 ล้านคน (8) ระบบการปกครองท้องถิ่นและท้องถิ่นที่พัฒนามายาวนาน (9) มีการแก้ไขกฎหมายควบคุมโรคติดต่อให้ทุกจังหวัดมีบทบาทสำคัญในการควบคุมโรค (10) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีธรรมาภิบาลสูง ครอบคลุมประชาชนทั่วประเทศ

ปัญหาท้าทายที่ทำให้เกิดการระบาดใหญ่และมีผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างกว้างขวาง เกิดจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ (1) แรงกดดันของปัญหาเศรษฐกิจทำให้คนยากจนต้องดิ้นรนเพื่อการอยู่รอด และคนจำนวนหนึ่งทนผืนความต้องการสุขภาพและความปลอดภัยไม่ได้ (2) การไม่คาดคิดว่าจะมีวัคซีนได้ผลดีรวดเร็วอย่างที่เกิดขึ้น ประกอบกับการนอนใจว่าจะสามารถควบคุมโรคได้โดยไม่ต้องพึ่งวัคซีนเป็นอาวุธหลัก โดยประเทศไทยไม่มีศักยภาพในการวิจัย พัฒนา และผลิตวัคซีนขึ้นใช้เอง และกฎหมายจัดซื้อยังเป็นอุปสรรคสำคัญ (3) การเปลี่ยนนโยบายไปให้ความสำคัญที่เบี่ยงเบนไปจากยุทธศาสตร์การใช้วัคซีนที่กำหนดไว้เดิม (4) ระบบสื่อเสรีทำให้มีข่าวเท็จจำนวนมากที่รัฐจัดการไม่ได้ และไม่สามารถใช้การประชาสัมพันธ์เป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหาได้

โควิด-19 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่ได้รวดเร็วและทำให้เสียชีวิตได้จำนวนไม่น้อย การแพทย์ดั้งเดิมมีบทบาทเป็นการแพทย์เสริม โดยประเทศไทยมีการนำสมุนไพรที่ราคาแพงมาคือ ฟาโตะลายโจร มาใช้โดยมีการศึกษาวิจัยรองรับระดับหนึ่ง และได้รับความนิยมค่อนข้างกว้างขวาง ส่วนการแพทย์แผนจีนก็มีบทบาทเสริมได้เช่นกัน

References

- Barry JM. The Great Influenza: the epic story of the deadliest plague in history. New York: Viking Press; 2004.
- Wikipedia. Thailand [Internet]. [cited 2021 Jul 8]. Available from: <https://en.wikipedia.org/wiki/Thailand>
- Notification of the Central Registration Bureau on the number of populations in the Kingdom according to the civil registration dated 2020 Dec 31. Government Gazette. Vol. 138, Special Part 53 Ngor, 2021 Mar 10. (in Thai)
- Health Systems Research Institute. Migrant workers at the time of COVID-19 confrontation. Bangkok Business News. 2021 Jul 8. p. 6. (in Thai)
- National Accounts Division, Office of the National Economic and Social Development Council. Gross domestic product: Q1/2021. Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council. Reported on 2021 May 17 09.30 hours.
- Wikipedia. Economy of Thailand [Internet]. [cited 2021 Jul 8]. Available from: <https://th.wikipedia.org/wiki/เศรษฐกิจไทย> (in Thai)
- Office of the National Economic and Social Development Council. Report on poverty situation year 2019. NESDC News 2020 Nov 3 [Internet]. [cited 2021 Jul 8]. Available from: https://www.nesdc.go.th/ewt_news.php?nid=10843&filename=index
- Prachachat.net. Ministry of Finance said Government will continuously support welfare card holders during COVID, 10,000 baht each. Reported on 2021 Jun 15 12.56 hours [Internet]. [cited 2021 Jul 8]. Available from: <https://www.prachachat.net/finance/news-690973> (in Thai)
- Department of Disease Control. Report of COVID-19 situation [Internet]. [cited 2021 Jul 8]. Available from: <http://covid.th-stat.com/th>
- Joshi S, Parker J, Ansari A, Vora A, Talwar D, Tiwalkar M, et al. Role of favipiravir in the treatment of COVID-19. Int J Infect Dis. 2021;102: 501-8.
- Wikipedia. COVID-19 [Internet]. [cited 2021 Jul 8]. Available from: <http://en.Wikipedia.org/wiki/COVID-19>
- Wikipedia. COVID-19 pandemic in the United States [Internet]. [cited 2021 Jul 15]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_pandemic_in_the_United_States
- Wikipedia. COVID-19 pandemic in the United Kingdom [Internet]. [cited 2021 Jul 15]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_pandemic_in_the_United_Kingdom
- Wikipedia. COVID-19 pandemic in Italy [Internet].

- [cited 2021 Jul 15]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_pandemic_in_Italy
15. Archives of COVID-19: Unite to fight against the crisis. Nonthaburi: National Archives of Public Health. Society and Health Institute. Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
 16. Chokeviviatt V, Podhisita C, Samutachak B, Suttikasem K. Health of Thai People 2021 – COVID-19: A global disaster. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2021. (in Thai)
 17. Chokevivat V. The legend of “gold card”: history of the establishment of the universal health coverage scheme of Thailand. Bangkok: Friendship Therapy Foundation; 2015. (in Thai)
 18. Notification of the National Health Security Office on the criteria, procedure and conditions for the payment of initial compensation in the case of service recipients suffering from adverse effects of COVID-19 vaccination or coronavirus disease 2019 (COVID-19). Government Gazette Vol. 138, Special Part 110 Ngor, 2021 May 21. (in Thai)
 19. Wikipedia. Operation warp speed [Internet]. [cited 2021 Jun 4]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Operation_Warp_Speed
 20. MGR Online. Faculty of Medicine Chula first tested ‘ChulaCoV-19’ vaccine in volunteers [Internet]. [cited 2021 Jul 8]. Available from: <https://mgronline.com/online/section/detail/9640000057586> (in Thai)
 21. NIDA Poll. Quarterly survey of political popularity: Q2/2021 [Internet]. [cited 2021 Jul 9]. Available from: https://nidapoll.nida.ac.th/survey_detail?survey_id=506 (in Thai)
 22. Wikipedia. COVID-19 pandemic [Internet]. [cited 2021 Jul 8]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_pandemic
 23. Benjapolpitak A, Wisithanon K, Sawangtham T, Thaneerat T, Wanaratna K. Brief report on the effectiveness of *Andrographis paniculata* for the treatment of COVID-19 Patients. J Thai Trad Alt Med. 2021;19(1):229-33.
 24. Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine. Instructions to authors (Revised 2019). J Thai Trad Alt Med. 2021;19(1):234-47.
 25. Notification of the Committee on the Development of National Medicine System on the National List of Essential Herbal Medicines (No. 2) B.E. 2564. Government Gazette Vol. 138, Special Part 120 Ngor, 2021 Jun 4. (in Thai)
 26. MGR Online. Bestowed Fa Thalai Chon herbal medicine to treat COVID patients – infected cases exceed 10,000/day. 2021 Jul 8 04.50 hours [Internet]. [cited 2021 Jul 9]. Available from: <https://mgronline.com/daily/detail/9640000066250>
 27. Bangkokbiznews.com. ‘Abhaibhubejhr’ gave 2.5 M Fa Thalai Chon capsules to BMA for use in risk groups diagnosed by doctors [Internet]. [cited 2021 Jul 9]. Available from: <https://www.bangkokbiznews.com/social/947603>
 28. Department of Medicine. Ministry of Public Health. Clinical practice guideline, diagnosis, treatment, and prevention of infection in hospitals in the case of coronavirus disease 2019 (COVID-19) as of 2021 Nov 2 [Internet]. [cited 2021 Jul 9]. Available from: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25641103093725AM_update-CPG_COVID_v19.5_n_02211102.pdf
 29. Thamlikitkul V. Letter to editor. J Thai Trad Alt Med. 2021;19(2):259-64.
 30. Wanaratna K, Leethong P, Inchai N, Chueawiang W, Sriraksa P, Tabmee A, et al. Efficacy and safety of *Andrographis paniculata* extract in patients with mild COVID-19: a randomized controlled trial. (preprint) <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.08.21259912v3>
 31. Press conference by the Permanent Secretary of the Ministry of Justice at the meeting room of the Department of Corrections [Internet]. [cited 2021 Jul 12]. Available from: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/43680>



Special Article

Successes and challenges of COVID-19 control and prevention in Thailand

Vichai Chokevivat

Institute for the Development of Human Research Protections, Health Systems Research Institute, Thailand

Abstract: COVID-19 is a newly emerging infectious disease that has become pandemic leading to hundreds of millions of confirmed cases and millions of deaths. Thailand was the first country reporting infected case outside China where the pandemic originated. Yet, Thailand could successfully control and prevent the spread of the first wave of the pandemic for almost throughout the year 2020 owing to its strong and robust public health system as well as the infectious disease surveillance and control systems that have long been continuously developed. On the other hand, Thailand also has several vulnerable aspects as it is an open country whose economy relies mainly on service sector (52.4%), with over five million migrant workers of whom more than half are illegal and living in crowded places. In addition, as a large number of Thais are poor, there are several spots susceptible to the spread of this infectious disease, such as slums, prisons, entertainment venues, and unlawful casinos that did not comply with COVID-19 preventive measures, together with weak law enforcement. These conditions led to the second wave of pandemic in the late 2020 and a third greater pandemic which started in April 2021. Similar to other developing countries, Thailand does not have know-how or technology for the research & development or the production of COVID-19 vaccine for timely domestic use; therefore, the country has to rely solely on imported vaccines. As the global production of vaccines was limited during the first year of pandemic, the vaccine market was therefore dominated by the manufacturers causing the delay of vaccine procurement and inefficient utilization of the limited amount of vaccine. Traditional medicine e.g., Thai traditional medicine and traditional Chinese medicine, has served as complementary medicine to partly help relieve this public health problem.

Keywords: COVID-19; control and prevention in Thailand; successes; challenges; Thai traditional medicine; traditional Chinese medicine.

Corresponding author: Vichai Chokevivat: vichaichok@yahoo.com



特殊文章

泰国对新型冠状病毒肺炎疫情防控的成功因素和挑战

育猜. 措育瓦

泰国人体研究所

摘要: 新型冠状病毒肺炎是一种正在全球蔓延的新兴传染病, 已有数亿人确诊感染和造成数百万人死亡。泰国是首个发现中国境外感染者的国家。泰国在2020年全年都能够控制和预防好第一波疫情, 这得益于长期以来泰国一直不断地发展和建立反应迅速公共卫生系统。但同时泰国在很多方面也很脆弱。因为它是一个开放的国家, 52.4%的经济依赖于服务业, 有超过500万的劳工, 其中一半以上是非法的, 居住在很拥挤的环境中。因此, 很容易造成疾病快速的传播。同时还包括了很多贫民窟社区、监狱、娱乐场所、非法赌博场所等。加上执法力度不强, 这导致爆发了2020年末的第二波疫情和2021年4月的第三波疫情大流行。同时泰国没有能力自主研究、开发和生产疫苗, 因此不得不依赖国外, 进口世界各地的疫苗。特别是在疫情爆发的第一年, 疫苗数量有限, 市场属于卖方市场, 这导致采购延迟和无法有效的利用有限的疫苗资源。传统医学包括泰国传统医学和中医它们都能起到辅助药物的作用, 可以帮助缓解部分问题。

关键词: Covid-19; 泰国新型冠状病毒肺炎的控制和预防; 成就; 挑战; 泰医; 中医

通讯作者: 育猜. 措育瓦: vichaichok@yahoo.com

简述

COVID-19 即新型冠状病毒肺炎, 简称“新冠肺炎”是一种新发传染病, 已蔓延到世界各地。它类似于第一次世界大战末期席卷全球的西班牙流感, 造成约5亿例病例和约5,000万人死亡, 当时世界总人口只有约18亿。虽然当时航空业还没有发展起来, 但是由于人类对呼吸道传染病的认知还很缺乏, 公共医疗的也还没有发展好, 都误认为是由流感嗜血杆菌引起的^[1]。大部分的感染者出现了肺部感染, 因此那次大感染也被称为“流感”, 后来才知道是由病毒细菌感染引起的, 随之被命名为“流感病毒”。

泰国有新冠肺炎传播的高风险, 因为它是一个开放的国家, 经济依赖于旅游业和劳动力依赖邻国的廉价劳动力, 并且还有很多人处于贫穷以及泰国的执法措施不力等。但泰国仍可以很好地控制和预防这种疾病, 尤其是在2020年, 直到12月中旬该疾病都得到了很好的控制。本文将分析泰国从2020年年初至今, 在一年半的时间内在控制和预防新冠

肺炎中所取得的成功与遇到的挑战, 以及还将讨论泰国传统医药和中医药在控制和预防新冠肺炎中发挥的作用。

1. 泰国的基本情况

泰国国土面积为513,120平方公里,^[2]截至2020年12月31日, 泰国总人口为66,186,727人, 其中取得泰国国籍65,228,120人, 非泰国国籍的有958,607人,^[3]还有具有合法的外来务工人员人口合法和非法的外来务工人员约超过500万人。其中在曼谷以及曼谷周边地区分布有1,318,641 名合法外来务工人员, 其中曼谷约有580,000人, 龙仔厝府有230,000人, 北榄府160,000人, 巴吞他尼府130,000 人, 暖武里府99,000人, 佛统府有93,000人, 估计泰国的非法外来务工人员的总数是现有数字的3倍。^[4] 泰国2020年(GDP)为15,698,286亿泰铢, 人均237,181.78泰铢/年,^[5]约合每人每年7,651美元。GDP的比重, 农业占8.4%、工业占39.2%、服务业占52.4%。^[6] 在2019年新冠肺炎爆发前的贫困人口比例为6.2%, 即430

万人,^[7]而截至2021年6月15日,已有超过1,365万人登记领取政府福利。^[8]

2. 全球疫情发展情况

自世界卫生组织于2019年12月31日获悉新冠肺炎疫情爆发以后,泰国在2020年1月8日起出现疑似病例,是一名来自武汉的中国公民。并于2020年1月13日正式宣布能够确诊为感染新型冠状病毒肺炎,这是首位在中国境外正式确认感染新冠肺炎的患者。新冠肺炎的爆发可以分为3波。如下:

第一波 在2020年1月12日-3月11日每天发现0-10例零散病例。2020年3月12日首次发现10例以上(11例),2020年3月22日发现100多例(188例),2020年4月27日减少到每天不到10例(9例),一直到2020年11月30日每天持续0-20例的感染。其中2020年5月中旬到2020年11月下旬期间泰国没有本国感染病例。这一时期发现的新增病例均为从外国回国的泰国人或外国游客,他们都进入了卫生监测系统,因此泰国能够很好地控制疫情。

第二波 2020年12月1日发现确诊病例20多例(21例),之后一直到2020年12月19日每天发现感染的病例为9-35例。后来2020年12月20日,确诊病例上升到576例,并且每天都发现数百个病例。2021年2月19日出现最高确诊病例959例,而在2021年1月26到2021年4月4日每天发现仅为35-401个病例。

第三波 从2021年4月开始,在4月5日发现194例,而到了2021年4月14日,感染人数首次超过千人(1,338人),随后每天发现感染的人数超过数千人。^[9]

第一次爆发是武汉的“输入性”病例,国内首例集群爆发发生在隆比尼拳击场。其中有约4,000人为接触者,但到2020年12月19日该次爆发得到很好的控制,累计感染4,331人,死亡60人,感染致死率为1.39%。第二波疫情爆发的时间是到2021年4月4日,累计病例29,127例,死亡95例,感染死亡率为0.33%。该疫情的爆发源是从泰缅边境入境的外来劳工和罗勇府的赌场,从泰缅边境进入泰国劳工聚集居住在龙厝府,成千上万的劳工生活环境拥挤,其中包括了合法的和非法的劳工,因此造成严重的流行病。但大多数感染者都是年轻人,没有任何基础疾病,因此死亡率并不高。主要问题是将病毒传播到泰国人中并广泛传播,由于龙厝府的中央市场是泰国中南地区许多省份的海鲜分销地,导致多省出现聚集性疫情以及还尚未控制住,第三波疫情就爆发了。截至2021年7月7日,累计感染人数上升至301,172人,死亡2,379人,感染致死率为0.79%。这是第二波疫情的延续以及在曼谷素坤逸路通罗巷

的娱乐场爆发的聚集性疫情蔓延。因为有多多个爆发集群,第二波的爆发,依然无法控制。通罗的娱乐场所有一些员工居住孔提区的贫民窟社区,居住环境条件和卫生条件有利于感染的传播。此外,在有囚犯拥挤的监狱中,疫情普遍存在。同时还发现了突变体病毒,感染率更高和传播更快。病毒传播的数值介于1.5和大于6^[10]之间,因此感染的指数可能会多倍增加,而不只是双倍的增加而已。每天连续造成数千人感染。直到2021年5月16日感染人数超过10万人(101,447人),2021年5月30日死亡人数超过千人(1,012人)。

3. 疫情防控成功的因素和挑战

泰国是一个开放性的国家,服务行业占GDP的52.4%,严重依赖邻国的廉价劳动力,因此容易处于新发传染病流行的高风险之中。而且穷人的数量很高,执法机制不健全。在过去当艾滋病在美国流行时,泰国也是亚洲艾滋病流行最快、最严重的国家。当禽流感和非典爆发时,泰国也发现了疫情,并产生了很大的影响。甚至在南美洲地方出现具有蚊传热病的病毒特征在泰国也被发现。

在2020年,泰国对新冠肺炎疫情得到很好的防控,直到2020年12月31日,只有6,884例感染病例和61例死亡,这必须被看成是泰国的成功。但第二波爆发和第三波大流行表明,肯定是有原因的。以下是对防疫成功经验和所面临的挑战的分析。

3.1 取得成功的因素

新冠肺炎在中国武汉爆发,零号病人是在2019年12月8日^[11]疫情爆发初期发现的。武汉是中国的中央航空运输枢纽,有众多飞往不同城市和世界各地的航班。因此,这种疾病可以广泛而迅速地在世界范围内传播。因为新冠肺炎它可以在无症状和大多数无症状感染者或症状轻微时传播,这些感染者仍然可以出行。因此,后来的证据表明,从2019年12月和2020年1月期间,在美国和一些欧洲国家发现首例患者。^[12-14]

新出现的传染病,如新冠肺炎,这是一种呼吸系统疾病,很容易通过直接接触传播,并可以迅速而广泛地传播给下一个人。该病的防控原则是:(1)早知并及时控制,以防止疾病从感染者或者患者传播给另外一个人(2)尽可能多的追踪接触者,将密切接触者 and 感染者隔离至少疾病潜伏期的2倍时间。对于新冠肺炎,疾病传播给他人需要14天,因此亲密接触者隔离的时间也是14天。

美国、意大利和许多其他国家不执行这项防控原则,导致疾病广泛传播到高危人群,即老年

人和患有先天性慢性病的人，他们感染后通常会出现严重症状，进入重症监护病房（Intensive Care Unit: ICU）。所需的重症监护病房（ICU）超出了医疗系统的承受能力，造成多人死亡且难以控制。英国认为该病死亡率低，在疫情爆发早期阶段，他们主张让人们广泛感染，直到建立群体免疫（Herd Immunity），疾病会自行消退。这是一个错误的理论，它导致大量的人员死亡，最高的感染率和死亡率也都同时出现在发达国家。

泰国从一开始就采取正确的措施来控制新冠肺炎的传播。在2019年12月31日世卫组织做了关于新冠肺炎发生的报告后，泰国卫生部疾控科的流行病学家立即在2020年1月1日至2日，召开会议讨论如何防控。当时处于新年期间的长假期间，当1月3日政府开始办公后，在泰国30多个机场中的4个重点机场进行了“疾病监测”。那些载有武汉旅客的机场，即素万那普机场、廊曼机场、清迈机场和普吉机场。与机场协调，让来自武汉的旅客进入特殊通道，这样可以有效利用有限的疾控人员和稀缺的防疫设备。并于2020年1月8日的发现首例疑似感染者，并拥有能够检测和病毒基因解码实验室。病毒基因解码的结果和中国在2020年1月11日向世界疾病基因库报告的基相符合。并于2020年1月13日宣布在中国境外发现的首例病例的报告，严格按照防疫原则来对患者进行隔离治疗。

泰国所有新冠患者均由专业医疗人员护理和免费治疗，因此死亡率低。并根据疫情的发展，颁布了不同的防疫措施。例如：^[15]

2020年1月22日（武汉封城前一天）：泰国卫生部成立应急管控中心（Emergency Operation Control: EOC）临近中国春节。

2020年1月27日 成立总理防控疫情中心（Prime Minister Operation Centre: PMOC）比2020年1月30日世界卫生组织宣布国际突发公共卫生事件提前。

2020年2月4日 开始实行“大清洁周”对曼谷市区内主要区域进行大清洁。并将138名泰国人从武汉接回来。

2020年2月26日 泰国卫生部宣告新冠肺炎是危险的传染病，可以有效的根据《传染病》法来进行防控，民众可以享受免费治疗的权利。

泰国从疫情爆发初期，持续的贯彻落实流行病防控理论与原则，使泰国在2020年的大部分时间内都能很好的控制疫情，甚至在第二、第三波爆发非常严重的时候，泰国的公共卫生系统也可以继续应对疫情。即使在第三波大流行期间，政府也敢于冒险决定开放旅游试点，从2021年7月1日起开放普吉岛。

这些成就主要是泰国公共卫生系统在各个领域长

期建立起来的稳固基础，可以总结如下^[16]

第一 建立和发展流行病学监测系统（Epidemiological surveillance system）。泰国卫生部的流行病学监测系统已经建立了半个多世纪。每周都发布疾病监测报告，到了2021年，现在是第52年。现在改名为每周流行病监测报告（Epidemiological Surveillance Report: WESR），该监测系统确保对疾病爆发的持续监测，因此泰国在2020年1月1日起就准备了疫情防控工作。

第二 在1973年10月14日事件发生后，学生进行了政治变革，人民在推翻军事独裁的游行中发挥了重要作用。民主政府的建立和新宪法的产生使公共卫生体系发生了两个重大变化，对新冠肺炎等流行病的控制和预防产生重要影响：（一）公共卫生部的结构发生了重大改革：1974年成立了传染病防治司，原为小机构级。为疫情防控工作做好准备（二）宪法草案规定：“当发生危险传染病时，国家无偿为人民提供防控和治疗服务”（第九十二条第三款）。此后的每部宪法都保留这个条款，在2017年的宪法第47条第3款中规定，“发生危险传染病时，人民有权获得保护和治疗的权力”

第三 泰国不断发展公共卫生服务体系。1957年以前，各省都建立了医院。随后，各区都建了区级医院，各村卫生站也都建了村级卫生院。其后在第五、六次国家发展规划（1982-1991年）期间，升级为每个街道社区都建立保健院，使这些医疗机构都能全方面的照顾到人民群众。

第四 从1973年起，泰国就开始在国内培养了各领域医学专家，没有派送出国留学。因此有足够的医疗专家分散在全国各地，使新冠肺炎患者症状严重的情况下，有专业的医护人员照顾，因此使得泰国新冠肺炎的发病率和死亡率相对较低。

第五 从1980年开始培养专业的流行病学专家，这些专家在应对艾滋病流行、非典、中东呼吸综合征、寨卡病毒、禽流感以及2009年流感等疾病方面具有丰富的经验，使新冠肺炎的传播能快速得到控制成为可能。自2020年1月3日起，这些流行病学专家就继续大力开展防疫工作。

第六 自1997年禽流感流行期间，成立了一个疾病快速防控特别小组，称为“监测和快速反应小组（Surveillance and Rapid Response Team: SRRT）”。他们分布在泰国的每个县区，因此在2020年3月22日，也就是泼水节前夕，曼谷市实行部分区域封锁，居住在曼谷的外地大部分都出城回到外地。而这些机构和特别工作小组在防止新冠肺炎大范围传播方面发挥着重要作用。

第七 自1978年世界卫生组织发表《阿拉木图宣言》后，泰国就不断地发展初级卫生保健。这使得多年前在许多地区作为试点开发的公共卫生志愿者系统发展扩大到全泰国，发展为村级卫生志愿者，志愿者人数超过100万人，他们分散在每个村庄。这些志愿者成为监测和追踪感染者和感染者的力量，使疫情不会大面积的扩散。

第八 地方政府制度已经发展了一百多年。而1994年和1997年宪法使地方的治理体系得到突飞猛进的发展。在疫情期间，使得作为“硬实力”的国家权力与作为“软实力”的地方制度能协同工作，有效的使感染者和亲密接触者进入隔离和防控系统。

第九 2015年修订的《传染病法》规定允许每个府都有一个传染病控制委员会，府尹是委员长。原先只有一个中央委员会。因此，中央将权力下放到地方，从而对疾病控制发挥了重大的作用。地方不需要等待和听取中央政府的意见。

第十 2002年的《国家社会保险法》为全泰国人提供全面的健康保险。以前，政府福利和社会保障等只覆盖了大约25%的人口。人民所熟悉的“金卡(Gold Card Scheme)”社保系统，除了扩大全民医保的覆盖面外，还提高了效率。从原本每年人均支出仅为1,202.40泰铢到2021年每人每年为3,719.23泰铢。此外，该系统开设1330热线，24小时为群众排忧解难，无节假日。社保服务从医疗延伸到保健和疾病预防。此外，还有其他一项基本救助制度，无需经过医疗判决，帮助患者就医。如果死亡，可以获得不超过400,000泰铢的补偿，如果是永久残疾，可以得到不超过240,000泰铢的补偿。每个府的社保委员会可以在1-2个月内提供协助，使家属在最快时间内获得补偿。这比等法院判决的案件更快，法院判决的案件往往需要10年以上的时间，给患者家属造成负担，并且破坏患者与医院之间的关系。目前的社保系统也可以使那些受新冠肺炎影响的人受益^[7-18]。

这些机制是长期发展起来的稳固基础。此外，大多数泰国人遵循戴口罩的建议，保持个人卫生，保持安全的社交距离，并不像许多西方国家那样反对戴口罩。尤其是在第一波爆发中，这些措施可以很好地控制和预防疾病。但这些机制发挥的作用也是有限，从而导致随后的疫情爆发。由于出现各种问题和挑战使得防控系统变得脆弱。

3.2 问题和挑战

大多数人都喜欢过舒适和开心的生活，需要戴口罩并时刻保持个人卫生是违背人性的，而人类又是群居的，需要见面、社交和表达爱意。社交隔离措施又违背人性这一天性，因此出现了防控疲惫。

再加泰国在疫情爆发初期取得的成功，让人产生了自满，同时泰国也存在着很多的防疫隐患和漏洞，如赌场、娱乐场所、贫民窟社区、农民工社区、工人营地、监狱等地方。甚至在新加坡这样的发达国家也是如此，在外劳社区引起了大爆发。以下是分析出现了第二、第三波流行病的最大因素：

原因一 是日益突出的经济问题导致了多方为了生存，被迫进行了合法与非法的活动，最终使疫情在防疫脆弱的领域爆发。如赌博场所、娱乐场所、农民工社区、贫民窟、监狱、工人营地等，这些地方成为一个广泛爆发的集群点。

原因二 在全球范围内，没有预测到疫苗研发会如此成功，疫苗有效率高达94-95%，因为在医学史上开发最快的疫苗是腮腺炎疫苗，用了四年时间。世界顶级专家提出，疫苗的真正成功是在疫苗取得所谓成功后的半年到一年的后。美国和欧洲食品和药物管理局设定一个目标，如果疫苗有效率只要有50%以上，就可获得疫苗注册。此外，泰国在疫情爆发的第一年几乎不依赖疫苗的情况下就很好地控制疾病，这造成在准备疫苗的数量和时间上遇到了大问题。在泰国生产的阿斯利康的第一批疫苗预计在2021年6月上市，但目标只有5000万剂。结果，造成政府面临着来自各个方面的巨大压力，被要求得到更多的疫苗、种类、数量和加快速度。但是政府的工作在很多方面是有局限性的，包括：

(1) 泰国和世界上大多数国家一样，没有研究和生产疫苗的能力。尽管许多机构做出了努力，取得了一些成就，但仍然有很多限制。2021年要靠从国外采购新冠肺炎疫苗。

(2) 法律对疫苗的采购有严格的规定。法律要求购买安全、有效以及价格合理的疫苗。但是在做采购决定时，世界上还没有符合这些采购条件的疫苗。

(3) 支持研发新冠肺炎的疫苗、药物和设备的预算非常有限，仅达数十亿泰铢。而美国的“Operation Warp Speed”预算为180亿美元，或约5.5千亿泰铢，用于加速药物和疫苗的研发。Moderna 疫苗由美国国家卫生研究院资助，疫苗研究项目获得25 亿美元的支持。牛津-阿斯利康疫苗获得12亿美元的赞助；Johnson & Johnson 疫苗获得10亿美元的赞助。^[19]而泰国研发的mRNA 疫苗，仅收到约3 亿泰铢的预算，并于2021年6月14日星期一刚刚进入第一阶段的人体研究。^[20]

原因三 新冠疫情同时在公共卫生和经济两个领域给所有国家带来了巨大的问题，要平衡这两个问题是极其困难的。必须要有一个聪明的，有广阔视野

并获得人民尊重和高度信赖的国家领导者，以及拥有强大而稳固的政府才能将国家带出困境。

泰国在疫情发生的第一年在公共卫生方面取得了成功，但是经济也受到了重创。当经济受到压力，而同时又缺少解决公共卫生危机的疫苗。因此，最后公共卫生和经济都没有办法兼顾，两个都受到了重创。

在疫情爆发初期，泰国政府能够缓解疫苗问题，首先通过从中国获得科兴疫苗来应急使用。从2021年2月底开始获得部分的阿斯利康疫苗，并制定了正确的疫苗施打策划，优先对两个人群施打疫苗，即前线医护人员，以保证卫生系统能够应对新冠肺炎疫情；第二组人群是老年人和患有七种先天性疾病的人，降低死亡率。但后来，政府无法承受来自各种社会团体的压力，要求给其战略目标群体之外的群体注射疫苗，分别是：（1）居住在曼谷市区的人，为了控制疫情的蔓延；（2）开放接受游客的省份（3）高校人员（4）劳务人员（5）交通运输相关人员等，使得本已稀缺的疫苗更加不足，情况变得更加危急，民众对国家领导人的信任度下降到只有 19.32%。^[21]

原因四 泰国是议会民主制。尽管宪法比备受争议的标准民主更受到广泛批评，但是新闻界具有相当广泛的自由，社交媒体具有非常高的自由度，人们可以广泛使用社交媒体。然而产生最大的问题是出现很多假新闻，政府无法有效处理。导致人们受到假新闻和坏消息的影响。运用具有影响力的社交媒体来宣传和解决像新冠肺炎疫情这样重大的卫生危机事件是很难做到的。

原因五 政府于2020年3月22日在曼谷首次实施部分封锁，并在没有做好对经济影响和民生补助的情况下又多次实施该措施，导致惊慌失措的劳动者返回其所在省内。使得新冠肺炎在全国蔓延，并造成广泛的经济和社会影响。经济放缓导致了许多人失业，尤其是低收入者和穷人，深受其害。

4. 泰医和中医发挥的作用

新冠肺炎是一种新兴传染病，正在世界范围内迅速传播。世界卫生组织宣布从2020年3月11日至2021年7月8日全球感染新冠肺炎的确诊病例超过1.85亿，死亡人数超过400万。^[22] 新冠肺炎的治疗主要靠西医，泰国传统医学和中医只能作为替代医学，辅助治疗。

4.1 泰医发挥的作用

泰国传统医学的重要作用是研究和寻找可用于帮助治疗新冠肺炎流行病的草药。国家基本药物研

究清单中将穿心莲作为研究的药物，它被用作治疗感冒和普通腹泻，对大剂量穿心莲的研究发现，它可以很好地抑制 SAR-CoV-2病毒。因此，将穿心莲用于治疗新冠肺炎轻症患者。经试验研究发现，穿心莲可以显著降低严重症状的发生率。该试验结果被发布在“短讯”，^[23] 这也意味着这是一份未完成研究结果的报告，需要进一步研究以收集更多信息。^[24] 但这份试验报告也得到了高度的认可，因此穿心莲得到了更多的认同，继续用于对新冠肺炎轻症患者的治疗，减少重症患者。^[25] 由于泰国人民也喜欢和认同使用泰药，因此穿心莲被广泛用于监狱、贫民窟等疫区，以及方舱医院和居家隔离的患者使用。2021年7月上旬，曼谷爆发了严重的新冠肺炎疫情，国王陛下将 2000瓶^[26] 穿心莲赠送给曼谷区，Chao Phraya Abhaibhubejhr 医院也捐赠了120万粒穿心莲。^[27] 穿心莲是一种价格比较低的草药，服用的剂量为每天180毫克，连续服用5天，总费用为180泰铢，而用法匹拉韦治疗患者的标准治疗为 4,800 泰铢。^[28] 本研究报告只是一个病情观察报告，因此可能存在一些可信度问题，这使得它没有被现代医学从业者广泛接受。^[29]

此外，还进行了另外一项分为2期的研究，第一期对6名患者进行了穿心莲测试，发现病毒被明显清除。因此，第2期是一项随机抽样比较研究，研究对象是60名新冠肺炎患者（不包括第一期的3名患者），比较穿心莲对新冠肺炎患者的疗效和安全性。结果表明：服用穿心莲的29名新冠肺炎轻症者，没有出现肺部感染。另外28名服用安慰剂的新冠患者，其中有3名出现了肺部感染。这个研究的差异值 $p=0.039$ ，因此还需要进行更多的研究。^[30]

新冠肺炎在监狱里爆发时，很多感染者都服用穿心莲。结果发现，在37,656个服刑人员犯中，他们每天服用100-140毫克的穿心莲或服用更少量，连续服用5天（有些还同时服用沙姜），结果有47人死亡，死亡率为0.125%。当时全国总感染人数325,027人，死亡2,791人（2021年7月12日），死亡率为0.809%。死亡率约为监狱囚犯死亡人数^[31] 的6.48倍。因此，是否要对监狱服刑人员的调查方式和对普通民众的调查方式做个分析对比。

4.2 中医的作用

新冠肺炎自2019年12月31日起开始流行，华侨中医院开始收集和学习关于新冠肺炎在中国和泰国的治疗方案，在院内开展预防工作。制定新冠肺炎疫情下对患者护理指南并准备开发预防新冠肺炎的中药，包括中成药、汤剂、针灸等。通过脸书和中医家学术协会分享如果利用中西医来治疗新冠肺炎，同时

还开展了其他活动。

2020年2月26日，当泰国卫生部宣布 新冠肺炎是一种危险的传染病后，华侨中医院开展了以下活动：

2020年3月1日：在院内一楼和三楼摆放防疫茶，全天为院内患者提供防疫茶。

2020年3月17日：组织召开关于在新冠肺炎流行情况下，对院内患者护理指南的中医会议，明确中医可以在新冠肺炎流行的2个期间发挥作用：（1）病前预防，如按生命的时钟指导生活作息、打太极拳、八段锦 和艾灸（足三里穴、关元穴、膻中穴、中脘穴）等。（2）新冠后期的康复治疗。

2020年3月20日，同上海中医药大学附属龙华医院召开学术会议，总结如下：

（1）在中国，中药被使用于预防和治疗新冠肺炎的各个阶段，不管是在隔离期间，如检测结果为阴性，还是在感染阶段。如果确诊感染后，会配合西药的抗病毒药物来治疗。但在症状较轻的感染初期，单独使用中药几乎可以100%治愈。

（2）用中药治疗新冠肺炎，还不能用药理学来完整的解释。只能说 世界各地使用的抗病毒药物不能杀死新冠病毒。如果症状不好，就会使用类固醇激素，削弱身体的免疫力，引起并发症。但如果使用中药辅助治疗，则有助于身体增强免疫系统，使身体逐渐恢复 摆脱病毒。

（3）除了中药以外，还有针灸、音乐治疗法和养生等。

（4）使用治疗的药剂剂型多样，但以中药汤剂为主，同时还使用肌肉注射和静脉注射以及中药颗粒剂等。

（5）新冠患者出院后，医院还将配给7天的药继续服用，以及进行14天的医学观察，如果是肺部感染或者其他器官受损的患者还要接受进一步的治疗。

2020年3月26日 中药房生产了10,000包 用于预防新冠肺炎的“金金茶”，并将它们捐赠给泰国卫生部泰医和替代医学司。

2020年3月30日 向泰国卫生部14个部门和全国63家政府医院捐赠防疫茶“金金茶”。

2020年9月16日 参加线上会议“福建与东盟盟友抗疫合作论坛”。

2020年12月21日 和上海中医药大学进行电话会议。

在中药方面，在中国用于治疗流感的连花清瘟

胶囊在泰国成功注册，用于治疗新冠肺炎以及用于治疗流感。但在到2021年8月，连花清瘟胶囊还不被批准用于治疗新冠的其他症状。

5. 总结

新冠肺炎是一种新出现的传染病，截至2021年7月8日已在全球范围内传播，确诊病例超过1.85亿，死亡人数超过400万。自泰国在2020年1月8日首次在中国境外发现首例感染者，并能够测试该病毒的遗传密码，并于2020年1月13日正式宣布发现新冠感染者。泰国是开放国家，52.4%的经济依赖于服务业，旅游业的收入较高。但是同时存在许多防疫漏洞促进了疫情的广泛传播。由于泰国还有很多贫困人员，有超过500万农民工，其中一半是非法劳工，居住在卫生条件差贫民窟社区，同时还有非法娱乐场所和赌博场所，监狱人满为患，而且泰国的执法力度也不强。但泰国在2020年全年都基本能够很好地控制疫情，直到2020年底出现第二波疫情，随后是2021年4月以后的才第三波疫情。

泰国在疾病控制方面取得成功，尤其是在疫情爆发第一年内取得的成就，得益于半个多世纪以来泰国公共卫生体系的不断发展，即：（1）流行病学监测体系的发展；（2）宪法规定国家免费为人民在防控和治疗危险传染病方面提供服务；（3）覆盖到全国的公共服务体系（4）40多年发展和培养各领域的医学人才（5）流行病学家在应对严重流行病方面具有丰富的经验（6）组建调查组，迅速深入全国各区 展开疫情防控工作（7）建立具有100万人以上的公共卫生志愿者体系（8）健全地方和行政管理体制（9）修订《传染病防治法》，使各省在疾病控制中发挥重要作用（10）国家医疗保险制度覆盖全国人民。

造成疫情大扩散以及对经济和社会产生重大影响的因素，包括以下几点：（1）经济压力，迫使很多人要外出工作，同时一部分也无法长期忍受疫情的防控社交要求。（2）没有预估到高效疫苗能快速产生，泰国忽视了疫苗是控制疫情扩散的最重要的武器，以及泰国没有研究和自产疫苗的能力，加上国家的采购法在一定程度上成为采购疫苗的阻碍。（3）国家的防疫政策偏离原先制定的疫苗战略。（4）政府没有能力控制关于疫情的假新闻，公共传媒没有成为解决疫情问题的有效工具。

新型冠状病毒肺炎 是一种迅速传播的新兴传染病，并造成一定的死亡。传统医学起到替代医学的作用。在泰国，一种经济成本低的药草，即穿心莲，在一定程度上已经得到了认同，并获得了广泛的普及。同时中药也起到辅助作用。