



## 补充议程项目： 根除麦地那龙线虫病

### 秘书处的报告

1. 麦地那龙线虫病或几内亚线虫病是一种引起疼痛并可导致丧失劳动能力的寄生虫病，由已知能感染人体组织的最大的线虫类麦地那龙线虫引起。尽管该病在很久以前已被认识而且分布广泛，但在过去 200 年中，这种疾病主要局限在缺少安全水源的贫困农村地区。人类是麦地那线虫唯一明确的宿主，饮用被污染的饮用水是唯一感染的途径。
2. 其传播周期主要取决于水源的特性，要求人饮用被一种身体极小的食肉性甲壳类动物（桡足虫）污染的水，这种动物是中间宿主。水源污染常指水塘和浅水井污染，发生在 0.6-0.9 米长的成熟雌虫从人体中钻出时，造成剧烈胀痛、水泡，以致溃疡，同时伴随发热、恶心呕吐等症状。当为减轻疼痛将患部（为腿部和脚部）浸没到水中时，大量第一时期幼虫排到水里。随后，幼虫被桡足虫吞噬，并在其体内生长。当人饮用被桡足虫污染的水，传播周期得以延续。
3. 每次感染持续近一年时间，不产生保护性免疫，人可同时感染多条线虫。目前尚无针对该病的疫苗，也无在寄生虫钻出以前将其杀死的疗法。将线虫缠绕在小棍上的传统清除方法，过程缓慢而且痛苦。但是，由于水源的特点与该病密切相关，防止感染的各种方法包括过滤饮用水，简单、有效并且有针对性。
4. 对该病流行的国家研究证实麦地那龙线虫病阻碍社会经济发展，表现在对农业生产、食品安全、营养状况和学生上学的不良影响。麦地那龙线虫的钻出呈现季节性模式，常发生在农忙时。有关症状使得大多数病人包括学龄儿童出现至少一个月的暂时性跛足。由于被感染病人难以步行到医疗保健机构就医，二期感染是一种常见的并发症。

5. 因为该病与不安全的水源密切相关，在‘国际饮用水和环境卫生十年’（1981-1990）期间所采取的活动，为根除麦地那龙线虫病提供了机会。在这方面取得的进展被视为是一项显而易见并可测量的指标，可用于衡量农村供水系统的改善情况。在1986年，当全球估计有320万病例时，1986年WHA39.21号决议正式提出了根除麦地那龙线虫病的目标，并制定了提供安全饮用水源、主动监测、健康教育、病媒控制和个人预防的综合性战略。

6. 根除战略的实施取得了很大进展。在国际饮用水和环境卫生十年结束时，亚洲很大程度上消灭了该病。1991年卫生大会通过了WHA44.5号决议，呼吁全球于1995年底之前根除麦地那龙线虫病。开始了逐一向各国发放根除麦地那龙线虫病证书的过程，以便为最终宣布实现全球根除该病的目标奠定基础。

7. 最有效的干预措施之一是健康教育。其目的是推动社区使用安全水源，或者在没有安全水源的地区，简单地使用布或者尼龙布，过滤饮用水中的挠足虫。健康教育还成功地劝导社区防止线虫携带者接触水源。另一主要策略是通过经过培训的乡村志愿者开展主动监测、早期发现和管理病人，坚持病例登记和提供每月报告。此外，志愿者在社区健康教育中还发挥着重要作用。当病例数量减少以及阻断传播机会增加时，尽快发现和治理病人以及避免污染水源的行为等活动变得尤其重要。

## 近期进展

8. 在2003年<sup>1</sup>，根除麦地那龙线虫病全球运动取得了重要进展。当年全世界报告病例总数为32193，比1989年报告的892055例减少了96%，比2002年减少了41%。目前该病的传播仅局限在12个非洲国家：贝宁、布基纳法索、科特迪瓦、埃塞俄比亚、加纳、马里、毛里塔尼亚、尼日尔、尼日利亚、苏丹、多哥和乌干达。2003年所有报告病例中有143例是从其他国家输入的病例，其中47例源自加纳输入，40例源自苏丹。

9. 塞内加尔和也门<sup>2</sup>被于2004年3月召开的根除麦地那龙线虫病国际认证委员会第5次会议认证为无麦地那龙线虫病的国家。2003年喀麦隆、中非共和国和乍得都没有报告本土病例。但是大量苏丹难民定居在乍得东部的难民营，为该地区重新再发该病形成潜在风险。

---

<sup>1</sup>全部详细情况见2003年《根除麦地那龙线虫病：全球监测摘要》。《疫情周报》79(19): 181-189, 2004。

<sup>2</sup>亚洲另有两个疾病流行国家，巴基斯坦和印度，此前已经阻断传播，并分别于1997年和2000年被认证为无麦地那龙线虫病国家。

10. 苏丹南部的国内冲突仍然是全球根除运动获得成功的主要障碍。自 1995 年以来，苏丹报告的病例数一直超过世界病例总数的二分之一，所占比例在 2002 年为 76%，在 2003 年为 63%。由于仅有 66% 的疾病流行村每月提交报告，因此没有文件说明 2003 年苏丹南部的流行病学趋势。除苏丹以外，加纳和尼日利亚分别是第二和第三大流行国家，所报病例数占总数（其中不包括苏丹的病例数）的 82%。

### 余留的挑战

11. 苏丹以外所有其余流行麦地那龙线虫病国家面临的挑战是要在今后三年内阻断该疾病的传播。若要根除该疾病，必须具备一个极其敏感的监测系统，能够发现包括外来病例在内的所有病例，不管它们发生在何处，并确保所有预防性干预措施得到充分实施。地方卫生系统需要加强对干预措施的监测，保证进行积极的监测，改善监督并发动村庄的卫生工作者。

12. 在根除前的最后阶段，发现和管理最后余留的每一个病例所需的费用变得过高。必须保证划拨充足的资源，尤其是因为当一种疾病的病例数越来越少且受影响的人生活的地区日益偏远和难以抵达时，对这种疾病的兴趣会逐渐减退。

13. 剩余疾病流行国家的卫生部长们已经表达了他们的政治承诺，这种高级别承诺需要继续。

### 成绩

14. 为控制麦地那龙线虫病作出的努力，不仅使该疾病的病例数由 1986 年的 320 万例减少至 2003 年的 32193 例，而且已经产生了一些持久效益。根除运动首次使用地域信息系统和卫生测绘作为流行病学和规划工具，以便迅速查明处于危险中的人群，描绘农村基础设施的特征，组织提供目标明确的干预措施并根据以社区为基础的监测每月编写报告。这些工具简化了包括脊髓灰质炎、麻风病、淋巴丝虫病和盘尾丝虫病等在内的其它疾病的根除和消灭规划的实施。

15. 根除运动建立了受过培训的村庄工作者网络，这些工作者习惯于监督工作并能够发现病例，每月进行汇报和对损伤实施简单的局部治疗。这些网络构成一种基础设施，其它疾病控制规划也正在利用这种基础设施来帮助否则难以达到的人群。

16. 当根除麦地那龙线虫病的目标实现时，将标志着在无医疗干预帮助控制的情况下对一种非病毒疾病的第一次全面胜利，而且这种控制无需任何医疗干预的帮助。迄今取得的进展已经证明贫困农村地区人们的行为是可以改变的，而且由村庄志愿者们提供的卫生教育有能力实现这一改变。

17. 其它根除运动具有普遍效益，能够在全世界结束免疫，但根除麦地那龙线虫病的运动不同，将几乎只有某些世界最贫困国家中的贫困人口能够从中获益。国际社会为根除麦地那龙线虫病运动提供的支持是有利于穷人的行动，既承认卫生在社会经济发展中发挥的核心作用，也承认受影响人口有能力参与改善其生活的行动。

### 卫生大会的行动

18. 请卫生大会注意本报告。

= = =