



根除脊髓灰质炎

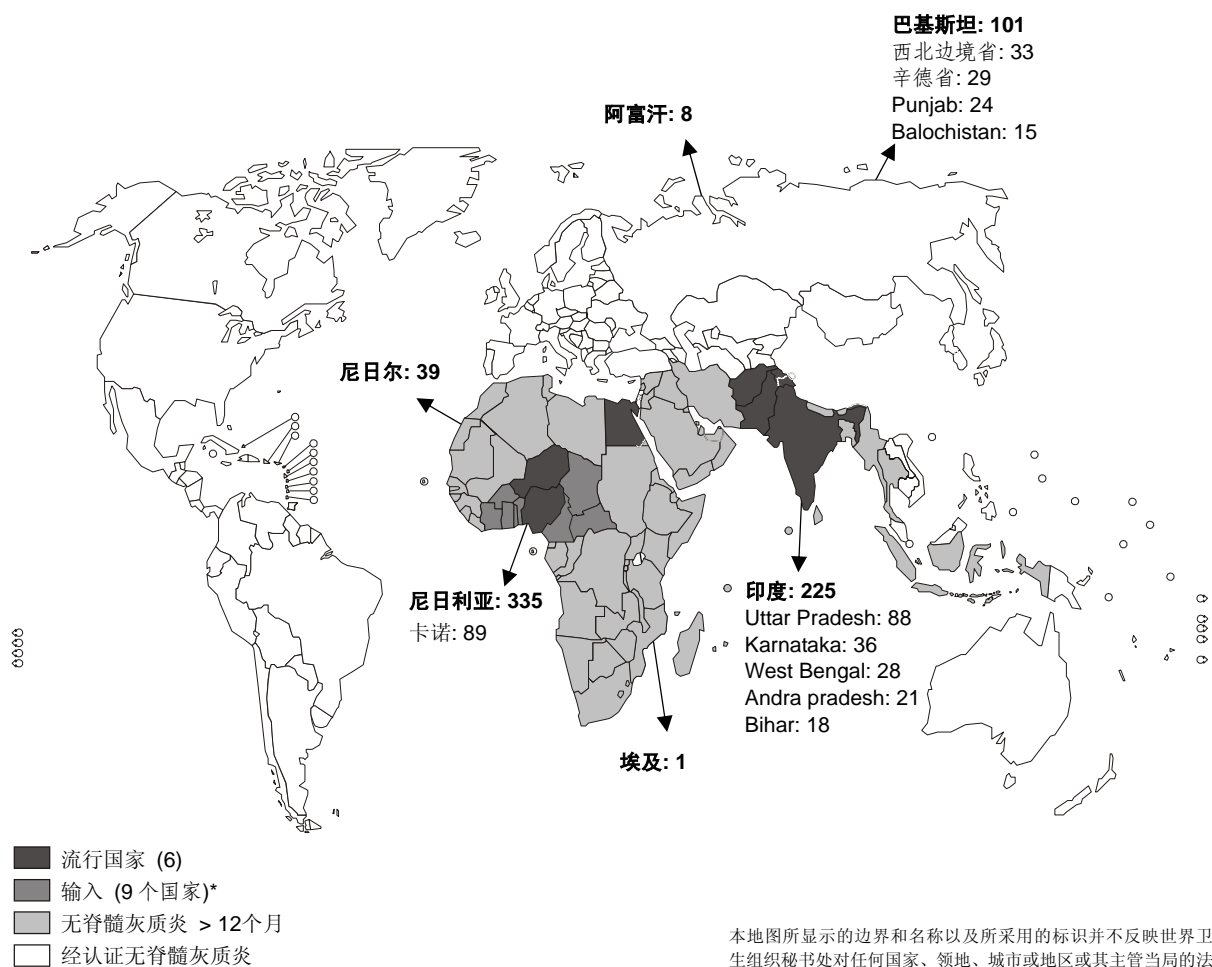
秘书处的报告

1. 1988年，第四十一届世界卫生大会（WHA41.28号决议）确立了到2000年底全球根除脊髓灰质炎的目标。在通过决议时，在五大洲超过125个国家存在野生脊髓灰质炎病毒的流行，每年使35万多名儿童瘫痪。1999年，第五十二届世界卫生大会在WHA52.22号决议中要求会员国加速根除活动和开始实验室储存病毒的工作。
2. 包括30多亿人口的世界卫生组织美洲、欧洲和西太平洋区域经认证已无脊髓灰质炎。迄今为止，除6个国家外，在其它三个区域的所有国家中已阻断地方性野生脊髓灰质炎病毒的传播（见图）。印度（225例）、尼日利亚（355例）和巴基斯坦（101例）占有所有病例的93%，虽然在印度和巴基斯坦，地域传播程度已在很大程度上得到减少。在尼日尔（39例）和阿富汗（8例），流行病学和病毒学数据显示高度集中的地方性传播，从其共有边界（分别为巴基斯坦和尼日利亚）的“全球贮主”反复输入。在埃及（1例），地方性传播为高度局部化。
3. 在一次关于根除脊髓灰质炎的紧急会议（2004年1月15日于日内瓦）上，来自剩余流行国家的卫生部长或其代表制定了一项综合计划，以便在“最后的紧要关头”强化活动，从而到2004年底之前阻断脊髓灰质炎病毒传播。部长们和最主要伙伴在会议上签署的日内瓦宣言表达了国家和国际对这一目标的承诺。在卫生大会审议之后，希望国家元首们在联合国大会即将举行的会议上报告进展情况。
4. 紧急会议反映了根除脊髓灰质炎的国际支持得到加强。在八国集团首脑会议（2003年6月于法国埃维昂）上，领导人重申他们保证为2003年至2005年根除脊髓灰质炎的活动弥合资金差额。在非洲联盟首脑会议（2003年7月于马普托）上，国家元首们决定在非洲切断最后的脊髓灰质炎传播链并确保为2003年至2005年筹集所需资金。伊斯兰会议组织的领导人在其首脑会议（2003年10月于马来西亚Putrajaya举行）上认可了一

项关于根除脊髓灰质炎的决议并要求成员国加速努力以根除该病和分配必要的资源以确保在伊斯兰会议的所有国家保护儿童。

5. 在全球根除脊髓灰质炎行动的伙伴之间进行广泛协商之后，于2004年1月启动了一项新的2004年至2008年全球根除脊髓灰质炎战略性计划。计划提出了行动四项主要目标各自要实行的工作纲领和达到的里程碑：即在最后的贮主地区阻断脊髓灰质炎病毒的传播；全球认证根除脊髓灰质炎；为停止使用口服脊髓灰质炎病毒疫苗做好准备；以及将根除脊髓灰质炎行动纳入主流。战略性计划反映了2003年为终止脊髓灰质炎病毒的传播实行的主要战术修正、修订的全球认证时限（2008年）、其后不久终止口服脊髓灰质炎病毒疫苗接种的特定目标以及保持脊髓灰质炎根除工作长期要素的计划。

野生脊髓灰质炎病毒，2003年7月至12月



* 在贝宁、布基纳法索、喀麦隆、中非共和国、乍得、科特迪瓦、加纳、黎巴嫩和多哥的病例或暴发。

世界卫生组织总部截止2004年3月9日数据。

本地图所显示的边界和名称以及所采用的标识并不反映世界卫生组织秘书处对任何国家、领地、城市或地区或其主管当局的法律地位，或对其国境或边界划定的观点。地图的虚线系可能尚未完全达成一致意见的大致边界线。

© 世界卫生组织，2003年。版权所有。

WHO 04.51

6. 在实验室储存脊髓灰质炎病毒方面，经认证无脊髓灰质炎的世界卫生组织三个区域所有 135 个国家已开始调查设施。在有关国家中，其中包括若干大的工业化国家，有 82%（或 61%）已提交一份存有野生脊髓灰质炎病毒及感染或潜在感染物质的设施清单。在东南亚和东地中海区域，所有无脊髓灰质炎的会员国已开始储存活动。在非洲区域，博茨瓦纳已完成调查和总结。在东部和南部非洲无脊髓灰质炎地区的其它国家计划在 2004 年底之前开始控制活动。

问题

7. 必须在 2004 年底之前在流行脊髓灰质炎的剩余 6 个国家利用存在的终止传播“一次性机会”阻断野生脊髓灰质炎病毒的传播（见图）。特别重要的是在尼日利亚（如卡诺州）、印度（如 Uttar Pradesh 邦）和巴基斯坦的主要贮主邦（州）或省迅速改进大规模脊髓灰质炎免疫运动的质量。2004 年这些地区脊髓灰质炎根除运动期间普及到每一名儿童将需要国家、州（邦）和县区级高级别政治和卫生当局的直接监督。这是必要的，以便充分动员民政机关和处理接种员运送和公众信息等主要规划领域方面的差距。所有宗教、传统和地方社区领导人必须充分参加以确保将每一个社区包括在内及其所有儿童得到充分免疫。

8. 在 2003 年，尼日利亚占全世界脊髓灰质炎病例的 48%。由于知名人士对口服脊髓灰质炎病毒疫苗的安全性表达的关切，卡诺州和一些邻州的政府官员从 2003 年 8 月开始取消了免疫运动。为在 2004 年底之前在尼日利亚阻断脊髓灰质炎病毒传播，必须在 2004 年初在脊髓灰质炎病毒传播低的季节里在全国范围实施普及到每一名儿童的高质量免疫运动。这将需要在社区级重新树立对疫苗安全性的信心，改善社区级微观计划的质量，并在每一轮活动期间保持密切的政治监督。

9. 在 2003 年，记录脊髓灰质炎输入病例的国家有史以来首次超过该病流行的国家。最显著的是，在 2003 年，来自尼日利亚北部的脊髓灰质炎病毒再次感染了贝宁、布基纳法索、喀麦隆、中非共和国、乍得、科特迪瓦、加纳、多哥和尼日尔部分地区，以及尼日利亚原先无脊髓灰质炎的拉各斯等州。国际上对输入的免疫应对花费了 2000 多万美元。为尽可能减少进一步输入的危险，所有无脊髓灰质炎的地区必须通过常规规划保持高的免疫覆盖率；保持认证标准监测；以及确定标准操作程序以便能在确认存在野生脊髓灰质炎病毒后 28 天内开展大规模“扫荡”免疫运动。

10. 不充足的资金供应继续是对全球根除脊髓灰质炎行动的最大威胁。2003 年，由于严重的资金差距，在行动历史上第一次不得不取消或推迟活动，严重损害监测和补充免疫

的质量，特别在撒哈拉以南非洲。在 2004 年 1 月中，该行动将 2004 年至 2005 年资金差距从 2002 年底的 2.75 亿美元减少至 1.3 亿美元。由于必须将高质量的世界范围的监测维持到全球认证和终止口服脊髓灰质炎病毒疫苗接种，在 2008 年之前将需要额外资源。

11. 2003 年 9 月，世界卫生组织关于查明和管理疫苗衍生的脊髓灰质炎病毒非正式协商会认定，由疫苗衍生的脊髓灰质炎病毒引起的暴发对消灭由正在传播的脊髓灰质炎病毒诱发的麻痹这一全球目标造成实际威胁；并且只要使用口服脊髓灰质炎病毒疫苗，特别在免疫覆盖率低的地区，这种威胁将继续存在。2004 – 2008 年全球根除脊髓灰质炎战略性计划包括明确的目标，即在全球根除之后尽快停止口服脊髓灰质炎病毒疫苗的常规免疫，同时仍然保持高的监测敏感性和人群免疫力。届时必须将储存的野生脊髓灰质炎病毒置于适当的生物控制水平，并且目前储存的脊髓灰质炎病毒疫苗必须在所列入疫苗的剂量数量和剂型方面已予以扩大。世界卫生组织正在为国家决策人员拟定准则，以便支持他们在停止口服脊髓灰质炎病毒疫苗接种后必须作出的决定。

卫生大会的行动

12. 请卫生大会注意本报告。

= = =