



根除脊髓灰质炎

秘书处的报告

1. 1988年在超过125个国家存在脊髓灰质炎病毒的流行时,WHA41.28号决议确立了全球根除脊髓灰质炎的目标。1999年,卫生大会在WHA52.22号决议中敦促所有会员国加速根除活动。2005年,在仍然受脊髓灰质炎影响的国家阻断脊髓灰质炎病毒传播的活动达到了空前的程度。
2. 在非洲,超过12个月未在埃及或尼日尔发现本土脊髓灰质炎病毒传播,已经得到阻断。由于在非洲联盟主持下在25个国家展开的5次协调一致的系列脊髓灰质炎免疫运动,在2003年以来曾经历输入的15个非洲国家中有9个消灭了输入的脊髓灰质炎病毒。在尼日利亚于2004年10月恢复全国性脊髓灰质炎免疫运动后,2005年该国迄今报告脊髓灰质炎病毒的州数减少了30%,但与2004年的782例相比,脊髓灰质炎病例数上升至801例。
3. 在亚洲,自从采用单价口服1型脊髓灰质炎疫苗以来,在印度3个剩余脊髓灰质炎病毒贮主之一 - 孟买未发现地方性传播的脊髓灰质炎病毒并将其进一步限制在北方邦和比哈尔邦107个县中的28个范围内,报告的病例总数为59例,在2005年减少了51%。2005年在巴基斯坦126个县中的18个只发现了28例脊髓灰质炎病例,与2004年相比,正在传播的野生脊髓灰质炎病毒世系数量下降43%。在阿富汗,2005年在南部地区发现了由1型和3型脊髓灰质炎病毒造成的9例瘫痪性脊髓灰质炎。
4. 2005年期间,有12个国家报告了输入的脊髓灰质炎病毒,并且新感染国家的脊髓灰质炎病例数第一次超过该病流行国家(2006年4月6日时1046比904)。

问题

5. **在非洲阻断本土野生脊髓灰质炎病毒传播。**尼日利亚北部构成非洲本土野生脊髓灰质炎病毒的最后贮主并且看来是世界上 1 型和 3 型脊髓灰质炎病毒共同唯一重要的剩余贮主。由于沉重的疾病负担和输出危险，每 4 周至 6 周需要开展单价和三价口服脊髓灰质炎疫苗适当结合的大规模补充免疫活动，直至阻断脊髓灰质炎病毒传播。
6. **在亚洲阻断本土野生脊髓灰质炎病毒传播。**阿富汗、印度和巴基斯坦的野生脊髓灰质炎病毒传播目前在多数地区限于单一血清型，即 1 型或 3 型。每 4 周至 6 周需要大规模补充免疫活动，使适宜的单价口服脊髓灰质炎疫苗在受感染地区普及到 95% 以上的儿童，直至阻断脊髓灰质炎病毒传播。
7. **为全球根除脊髓灰质炎认证和最终停止使用口服脊髓灰质炎疫苗做好准备。**随着加速根除野生脊髓灰质炎病毒，所有国家必须实施建议的野生脊髓灰质炎病毒销毁或生物控制活动，对正在传播的脊髓灰质炎病毒加强和保持监测，以及评价长期脊髓灰质炎免疫政策方案。
8. **确保资助 2006 - 2008 年“扫荡和认证阶段”。**需要多年和灵活的资助承诺以便弥补 2006-2008 年未满足的资金需求，缺额在 2006 年 4 月 6 日时达 5.75 亿美元，其中紧急需要 1.5 亿美元用于 2006 年活动。需要利用这些资金购买口服脊髓灰质炎疫苗，开展脊髓灰质炎免疫运动，实施紧急暴发应对，维持高度敏感的疾病监测，以及向会员国提供技术支持。
9. **限制野生脊髓灰质炎病毒传播的国际扩散。**认识到 2006 年从尼日利亚向国际上进一步传播的危险不断加大，并认识到在 2005 年报告的所有脊髓灰质炎病例中有 54% 是由以前无脊髓灰质炎国家的疫情造成的，根除脊髓灰质炎咨询委员会详细分析了 2003 年至 2005 年对这些疫情的应对。委员会发现，脊髓灰质炎病毒长期传播及进一步国家和国际扩散的危险与下列方面有关：(1)最初免疫应对的速度，(2)应对的地域范围，(3)目标人口中接受疫苗接种的儿童比例，(4)单价口服脊髓灰质炎疫苗的使用，以及(5)展开的免疫轮次总数。因此，委员会为在无脊髓灰质炎地区应对正在传播的脊髓灰质炎病毒向会员国发布了长期建议。它还向总干事和其它带头倡导伙伴发表建议，以便支持在报告有输入病毒造成的脊髓灰质炎病例的会员国应对脊髓灰质炎暴发，并重申输入的危险特别高的国家可考虑采取的措施以便减少这一危险¹。这些建议的有效实施需要立即认识到任何正在传播的脊髓灰质炎病毒为潜在的国际健康威胁和作出适当应对。

卫生大会的行动

10. 请卫生大会审议 EB117.R1 号决议中包含的决议草案。

¹ 建议全文可查阅 *疫情周报*，2004，79(32)：289-291；2005，80(38)：330-331，以及 2005，80(47)，已付印。

2006年4月6日时有活动性脊髓灰质炎病毒传播的国家



本地图所显示的边界和地名以及采用的名称并不反映世界卫生组织对任何国家、领地、城市或地区或其主管当局的法律地位，或对可能尚未完全达成一致意见的边界线的观点。

© 世界卫生组织 2006 年。版权所有。

= = =