世界卫生组织

第七十届世界卫生大会 **A70/9**

临时议程项目 12.1 **2017 年 4 月 10 日**

突发卫生事件

世卫组织对大规模严重突发事件的应对

总干事的报告

1. 本报告系根据执行委员会在 EBSS3.R1 号决议（2015 年）[1]中的要求提交，其中提供了 2016 年 1 月 1 日至 10 月 1 日期间所有国际关注的突发公共卫生事件、世卫组织定为 3 级和世卫组织已采取应对行动的联合国机构间常设委员会定为 3 级的突发事件的信息。此外，还提供了世卫组织在 2 级突发事件中行动的最新情况。2017 年 1 月，执行委员会在其第 140 届会议上审议了本报告的前一版本[2]。

2. 在本报告所述期间，世卫组织对 47 个国家，地区和领地的重大突发事件作出了反应，包括 31 起紧急突发事件（见附件 1）和 19 起长期突发事件（有 4 个国家发生了两种类型的突发事件）。五起紧急突发事件被定为 3 级，根据世卫组织《紧急情况应对框架》和新近采纳的事件管理方法，这是最严重的级别，表明应对行动需要全组织范围给予大量支持，这五起事件包括：伊拉克（2014 年 8 月定级）、南苏丹（2015 年 2 月修改定级）、阿拉伯叙利亚共和国（包括约旦、黎巴嫩和土耳其，2013 年 1 月定级）和也门（2015 年 7 月修改定级）的复杂人道主义危机；以及西非埃博拉病毒病疫情（2014 年定级，2016 年 6 月解除）。由于本报告所述期间，应对埃博拉病毒病疫情的行动主要是与幸存者中病毒持续存在有关的风险管理活动，所以仅作简要描述。

3. 2016 年 1 月至 10 月期间，世卫组织宣布了一起新的 3 级突发事件，即：不断升级的尼日利亚人道主义危机（最初于 2015 年 4 月定为 2 级，后于 2016 年 8 月被升级）。这是建立世卫组织突发卫生事件规划以来的第一起 3 级突发事件。根据世卫组织关于风险评估、突发事件定级和事件管理的临时规程，启动了本组织的事件管理系

[1] EBSS3.R1 号决议（2015 年），题为“埃博拉：终止目前疫情，加强全球防备并确保世卫组织有能力防范和应对未来出现的大型疫情和具有健康后果的突发事件”。

[2] 文件 EB140/7；另见执行委员会第 140 届会议摘要记录，第二次会议第 3 节和第三次会议第 3 节。

统，包括按照突发事件指南草案所述，部署了一名事件管理人以及工作人员，支持在国家内部履行六项重要的事件管理系统职能，并执行关键行动。

4. 除了尼日利亚的复杂紧急情况和埃博拉病毒病疫情外，所有 3 级突发事件还被机构间常设委员会定为全系统 3 级事件。关于南苏丹，由机构间常设委员会确定的级别 3 于 2016 年 5 月被解除，不过世卫组织和其它一些联合国伙伴机构仍按照各自组织对规模、紧迫性、复杂性、能力和声誉风险的评估，继续在内部维持这一级别。撰写本报告时，世卫组织在持续应对五起 3 级突发事件（见表）。

表：报告所述期间世卫组织定为 3 级的突发事件一览表

国家/区域	定为 3 级的日期	现状
伊拉克，东地中海区域	2014 年 8 月 12 日	仍在持续
尼日利亚，非洲区域	2016 年 8 月 18 日	升级
南苏丹，非洲区域	2014 年 2 月 12 日	仍在持续
阿拉伯叙利亚共和国，东地中海区域	2013 年 1 月 3 日	仍在持续
西非——埃博拉病毒病疫情，非洲区域	2014 年 7 月 26 日	分别于 2016 年 6 月 1 日和 9 日解除
也门，东地中海区域	2015 年 7 月 1 日	仍在持续

5. 2016 年 2 月 1 日，总干事宣布，继 2014 年法属波利尼西亚发生类似聚集性病例之后，巴西报告的与寨卡病毒感染疫情有关的小头症和其它神经疾患聚集性病例构成国际关注的突发公共卫生事件，并被世卫组织定为 2 级突发事件。世卫组织的技术专长和专家网络通过事件管理系统被融入从孕产妇和儿童健康，生殖健康以及媒介控制到研究和产品开发等范围广泛的应对工作。

6. 世卫组织还在另外 16 起低级别突发事件中响应了受影响人群的卫生需求（见附件 2）。这些事件包括厄瓜多尔和斐济的自然灾害；安哥拉、巴西、刚果民主共和国和埃塞俄比亚的突发公共卫生事件；以及喀麦隆、中非共和国、利比亚、马里、尼日尔、尼日利亚、乌克兰和坦桑尼亚联合共和国的冲突和/或相关流离失所情况。

7. 世卫组织同时在应对以下 19 个国家、地区和领地的长期危机：阿富汗、刚果民主共和国、非洲之角国家（吉布提、厄立特里亚和埃塞俄比亚）、缅甸、萨赫勒地区（布基纳法索、喀麦隆、乍得、冈比亚、马里、毛里塔尼亚、尼日尔、尼日利亚和塞内加尔）、巴基斯坦、索马里、苏丹以及西岸和加沙地带。

8. 所有新突发事件都通过世卫组织的事件管理系统进行管理，这使得能够根据需要，在国家、区域和总部一级迅速建立事件管理结构，并在 24 小时内从世卫组织突发事件应急基金获得资金支持。在 2016 年头 9 个月中，应急基金拨出 1580 万美元用于快速支持世卫组织应对以下事件：寨卡病毒病疫情；尼日利亚东北部的人道主义危机；刚果民主共和国的霍乱疫情；巴布亚新几内亚厄尔尼诺现象后果的公共卫生影响；利比亚冲突；安哥拉、刚果民主共和国和乌干达的黄热病疫情；埃塞俄比亚的 2 级突发事件；斐济热带气旋温斯顿的后果以及也门的霍乱疫情。

世卫组织应对 3 级突发事件的行动

伊拉克

9. 自 2014 年 6 月以来，伊拉克境内的人道主义危机使其三分之一以上人口受到影响，近 400 万人流离失所。约有 780 万人需要获得卫生援助。在该国受影响最严重的四个省（安巴尔、尼尼微、萨拉赫丁和迪亚拉），14 家医院和 170 多个卫生设施遭到破坏或毁坏。卫生服务、保护措施、住房、粮食和饮水供应以及卫生设施是优先需要，因为暴力和流离失所在继续加剧全国各地已经严峻的人道主义局势。

10. 截至 2016 年 9 月，世卫组织已提供了 500 个机构间卫生急救包，118 个机构间腹泻病用品包，68 个外伤工具包和 11 个手术工具包，并组织了 902 000 次咨询服务。

11. 世卫组织及其卫生群组的合作伙伴通过采购和提供流动诊所和帐篷以及在流离失所者营地和重新可进入地区建立并装备诊所，继续支持卫生部及其下属卫生机构的初级卫生保健服务。此外，还支持转诊服务，包括采购救护车和流动的二级卫生保健装置，将服务与接待地点联系起来，提供培训并对现有转诊服务进行空间分析。

12. 世卫组织支持改进对传染病的控制，包括发现和应对疫情，紧急接种疫苗，建立拥有 121 个活跃报告点的强大疾病预警和反应网络系统，以及加强扩大免疫规划。世卫组织正在落实一个报告对卫生工作者保护情况的系统，为此将实施“关于影响卫生服务安全使用和运转的事件监测系统”以跟踪袭击卫生保健工作者和卫生设施的行为。

13. 继安巴尔、萨拉赫丁和尼尼微省的重大军事行动之后，世卫组织及其合作伙伴向新的流离失所者提供了一揽子基本卫生服务。

14. 世卫组织及其合作伙伴还向地方卫生当局提供了以下援助：在已建立的营地中设置固定的初级卫生保健设施；在非正规住区和新解放地区设置卫生服务站；以及在新

流离失所地区设立流动诊所（18 个流动团队和 47 个由非政府组织及次国家级卫生机构管理的流动诊所）。

15. 摩苏尔人道主义行动预计将是 2016 年最大和最复杂的行动。现在军事行动已经开始[1]，估计将另有 150 万人逃离摩苏尔。世卫组织及其合作伙伴已制定了应对计划，联合国人道主义事务协调厅也发出了一项紧急呼吁，要求作出反应。卫生干预措施将包括麻疹和脊灰疫苗接种运动，提供初级保健、二级保健和生殖卫生服务，伤害/创伤护理以及复杂病例的转诊服务。还将为性暴力幸存者提供医疗服务。

16. 由于资金短缺，要在伊拉克发生的所有事件中确保连续护理仍是一项重大挑战。2016 年，根据 2016 年伊拉克人道主义应对计划，卫生群组的合作伙伴们需要 83 739 344 美元；目前已经到位的资金不到 50%。撰写本报告时，在通过该计划请求的 2730 万美元中，世卫组织收到了 2410 万美元（88.2%），在通过摩苏尔紧急呼吁请求的 2000 万美元中，收到了 1340 万美元（67%）。

尼日利亚

17. 自 2009 年以来，尼日利亚东北部地区经历了不稳定和不安全状况，导致 220 万人在国内流离失所。危机给大多数卫生设施和基础设施造成了破坏，许多卫生工作者遭到杀害或绑架，而其他人则已逃离。因此，估计尼日利亚东北部有 370 万人难以或根本无法获得基本初级卫生服务。在军事行动改善了通行状况，能够进入以前无法抵达的地区后，立即进行了快速评估，结果显示死亡率和营养不良水平已超出紧急状况阈值。因此，尼日利亚政府在博尔诺、约贝和阿达马瓦三个州宣布了紧急状态。2016 年 8 月 18 日，世卫组织宣布该危机为 3 级突发事件。

18. 宣布 3 级突发事件后，在博尔诺州的迈杜古里设立了事件管理系统，并为一个应急行动中心配备了一支由 20 名国际职员和 10 名本国职员组成的初步工作队。世卫组织设在阿布贾的国家办事处得到了加强，并从世卫组织突发事件应急基金拨放了 210 万美元，同时也在为调集资源开展努力。与消灭脊灰小组的密切合作使得能够开展大规模紧急疫苗接种运动。然而，由于安全限制和通行受阻，尚不清楚全部需求情况，当能够进入更多地区时，数字可能会显著增加。卫生部门各伙伴的协调工作由卫生部和世卫组织共同主持，为 17 个卫生伙伴提供支持。

[1] 军事行动于 2016 年 10 月 17 日开始。

19. 世卫组织的当即目标是降低可预防的死亡和疾病的高比率。世卫组织正在与政府密切合作，集中在博尔诺州开展努力，该州的新解放区有 80 万人急需援助。活动包括对已有卫生设施进行快速评估，提供基本卫生服务和培训社区卫生工作者。世卫组织支持在难以进入的地区开展服务推广活动；各团队提供综合卫生服务，包括常规疫苗接种、驱虫、发现和治疗疾病，以及筛查严重急性营养不良。

20. 采购了三个机构间卫生急救包并预先部署到博尔诺州卫生部，之后分发给了各个社区。2016 年 9 月订购了另外 10 个急救包。目前正计划通过一次大规模运动为 160 万名儿童接种麻疹疫苗。

21. 世卫组织和博尔诺州卫生部还对该州内接纳大部分流离失所人口的地方政府管辖区的卫生服务可得性进行了评估；根据有关结果，作出了采用预警警报系统的决定。世卫组织还向博尔诺州卫生部提供了技术支持，帮助建立一个稳健的供应渠道。已经部署了供应链业务和后勤小组，旨在建设该州应急行动中心的能力。

22. 在博尔诺州确认了三起由 1 型野生脊灰病毒导致的麻痹性脊髓灰质炎新病例，这是 2014 年以来尼日利亚首次报告此类病例[1]。在尼日利亚东北部发起了一次区域性疫情应对行动，开展了大规模补充免疫活动。尼日利亚政府宣布疫情为国家突发公共卫生事件，而同时喀麦隆、中非共和国、乍得和尼日尔政府宣布疫情构成对乍得湖次区域各国的区域突发公共卫生事件。

23. 2016 年 1 月至 6 月，世卫组织、尼日利亚卫生部和卫生合作伙伴们支持向 144 万人提供了拯救生命的卫生服务；截至 2016 年 8 月底，约有 270 万人获得了卫生保健。超过 83 000 名 9 至 59 个月的儿童接种了麻疹疫苗，170 万名儿童接种了脊髓灰质炎疫苗。疾病暴发监测得到了加强：到 2016 年 8 月时报告点从 18 个增加到了 56 个。200 多个卫生设施在获得基本药物和设备，同时通过流动医疗队覆盖了约 50 万人。目前需要超出了能力；一些合作伙伴随时准备调动更多的工作人员，但受到登记程序和预算限制的制约。资金缺口和获取是一项主要挑战。

24. 截至 2016 年 9 月，世卫组织在所需的 5 031 200 美元中收到了 35 万美元（7%）。卫生群组在所需的 24 748 290 美元中收到了 660 万美元（27%）。世卫组织请求在今后 16 个月内提供约 1300 万美元。这一危机及其后果也影响到喀麦隆、乍得和尼日尔几个接壤国家，需要采取次区域方法。

[1] 见文件 EB140/13，第 3 和 12 段。

南苏丹

25. 在南苏丹，由于多种威胁，包括武装冲突和族群间暴力，经济衰退，疾病和气候冲击等，需求迅速增加。2016 年 7 月暴力再度暴发，导致平民涌入平民保护点，特别是在朱巴和瓦乌。自 2013 年 12 月以来，约有 230 万人被迫逃离家园，197 000 人住在平民保护点，原先的 10 个州中有 8 个处于不安全局势并且通行受到限制。还有 30 多万名因邻国冲突而逃到南苏丹的难民也需要医疗服务。

26. 以前不受冲突影响的州也处于普遍不安全状态，需要作出紧急反应。北加扎勒河州和西加扎勒河州正处于紧急粮食无保障阶段（《食品安全阶段综合分类》阶段 4），面临急性营养不良和死亡率升高的更大风险。

27. 2016 年 1 月至 10 月期间，发生了多起流行性疾病疫情，包括霍乱、疟疾、麻疹和内脏利什曼病，以及病毒性出血热的疑似病例。疫情发生时正值卫生群组的合作伙伴们在该国的活动和应对能力都处于历史最低点：截至 9 月 29 日，只有 29 个伙伴在该国开展工作，而 2015 年有 67 个，这一差异系因年初不安全局势加剧而采取了疏散措施所致。

28. 世卫组织总共有 230 名工作人员在南苏丹开展活动。所有 10 个州均有世卫组织联络点，重点是平民保护点。世卫组织负责领导卫生群组，并部署了扩增人员以维持群组的职能。然而，由于局势不安全，扩增人员的部署有所减少，但对卫生服务的需求却增加了。一旦安全和通行状况得到改善，将需要增加次国家级卫生群组协调员的数量。

29. 世卫组织的应急技术单位在国家和次国家级向卫生部提供支持，以加强卫生服务机构提供有效、安全和高质量干预的能力。这种合作包括卫生群组的合作伙伴和政府对口部门在综合疾病监测和反应方面开展能力建设，为预警和反应系统提供持续支持并就突发事件防范和应对提供政策指导。

30. 2016 年 1 月至 10 月，世卫组织及其合作伙伴向 100 多万人提供了救生药物和用品，包括为 10 个创伤处理设施提供手术用品和设备以及为脆弱人群提供 73 000 剂口服霍乱疫苗。截至 2016 年 9 月，机构间人道主义应对计划的 12 项指标的平均进展为每项指标达到 68%的覆盖率；6-59 个月儿童的紧急麻疹疫苗接种率达到 78%，目标为 80%。

31. 人道主义应对计划中涉及卫生部门的部分在年中时得到修订，从 1.1 亿美元改为 1.44 亿美元。世卫组织收到所需 1760 万美元中的 4 476 131 美元（17%）。卫生群组收到所需 1.44 亿美元中的 4330 万美元（33%）。目前急需改进对核心人道主义管道的供资。

阿拉伯叙利亚共和国

32. 在阿拉伯叙利亚共和国，截至 2016 年 9 月，1350 万人需要获得人道主义援助，其中包括 660 万国内流离失所者；另有 480 万人逃往了周边国家。有超过 550 万人在难以抵达地区，80 多万人在被围困地区。卫生群组的合作伙伴当前正瞄准 1150 万人的需求。

33. 该国半数以上卫生设施已关闭或仅部分运作。水供应是危机前水平的三分之一。在一些拥有大量国内流离失所者的地区，水资源短缺已达到紧急程度，导致甲型肝炎疫情。儿童免疫规划几乎停滞不前。约有 320 万名 5 岁以下儿童面临营养不良风险，大约 86 000 名 5 岁以下儿童患有急性营养不良。

34. 冲突开始以来，有近 120 万人受伤。卫生保健提供方面的挑战包括每月有大量人员（约 25 000 人）受伤，手术室遭到破坏，手术用品和麻醉药品的获取受限，安全血液制品的获取渠道减少，创伤护理专家严重短缺。

35. 严重创伤患者的长期康复仍是一项挑战。迫切需要改善慢性疾病患者获得基本药物的渠道。非常需要精神健康和社会心理服务；预计约有 3-4%的人患有严重精神疾患，20%的人患有轻度至中度精神疾患。此外，20-40%的人群患有轻微心理困扰。该国的三个精神病院只有一个在运作，并需要精神药物。

36. 世卫组织在该国大马士革设有一个拥有 90 名工作人员的主要办事处，并在霍姆斯、阿勒颇、拉塔基亚和哈塞克省设有分办事处，此外，在全国各地，包括难以抵达地区，设有 59 个联络点，形成一个网络。跨境业务从位于土耳其南部加济安泰普的行动基地和从约旦安曼进行管理。全叙利亚的卫生部门应对行动由设在安曼的一个小组负责协调。

37. 从 2016 年 1 月至 9 月，世卫组织在全国各地提供了 800 多万个疗程。到 2016 年 10 月，世卫组织及其合作伙伴从该国境内向 18 个被围困地区提供了药物和医疗用品。世卫组织参加了 53 个机构间车队前往被围困和难以抵达地区，提供了 208 吨，足够

200 万次治疗的医疗用品。然而，国家安全局的官员从其中 38 个车队中总共拿走了 58 吨基本药物和医疗用品。

38. 世卫组织在难以抵达和被围困地区支持开展了两轮全国多抗原疫苗接种运动。尽管暴力不断升级，特别是在阿勒颇和大马士革农村地区，以及从地区管制当局获得批准的过程漫长，但仍然开展了该运动。世卫组织还支持为 240 万名儿童接种了脊髓灰质炎疫苗。

39. 世卫组织在八个省分发了救生药物，手术用品和创伤工具包，并且制定了一项为期一年的扩大残疾人服务计划；还为 293 000 多名 5 岁以下儿童筛查了营养不良状况；培训了近 12 000 名卫生工作者以进行各种卫生、营养以及水、环境卫生和个人卫生干预；并将疾病预警和反应系统的覆盖面扩大到 1100 多个哨点。世卫组织向阿勒颇省、大马士革市、哈马省、霍姆斯省、伊德利布省、拉塔基亚省、大马士革农村省和塔尔图斯省提供了关键医疗设备。此外，首次在 11 个省的 130 多个初级和二级卫生中心提供精神卫生服务。

40. 世卫组织在周边国家的办事处与联合国各机构，特别是难民署合作，监测在阿拉伯叙利亚共和国境外的人口情况。世卫组织设在加济安泰普的分办事处为只能从土耳其进入的地区组织和提供了支持服务。世卫组织加济安泰普办事处采购的所有用品都预先部署到叙利亚北部，之后运送到阿勒颇省，以支持八家医院的卫生服务。

41. 世卫组织及其合作伙伴对袭击卫生保健工作者，延迟医疗后送和从车队中移走药品及其它医疗用品的行为给予了更多谴责。世卫组织定期向叙利亚国际支持小组成员提供关于卫生和人道主义需求的最新情况，以便为政治和和平谈判提供信息。在加济安泰普，卫生群组建立了一个机制，用以定期报告对阿拉伯叙利亚共和国境内卫生保健工作者和设施的袭击事件。

42. 截至 9 月 30 日，世卫组织收到了为在阿拉伯叙利亚共和国开展行动所需的 1.55 亿美元中的 24.6%。

也门

43. 在也门，2015 年 3 月暴发的冲突对大多数人口造成了重大影响：2100 多万人需要人道主义援助，1060 万人需要卫生干预，包括 310 万国内流离失所者。2016 年 8 月和平谈判失败，未能结束冲突，之后每月的伤亡人数急剧上升，仅 8 月就几乎增加了一

倍。基础设施遭到广泛破坏和毁坏。商业进口受到限制致使燃料、食品和药品严重短缺。

44. 安全遭到破坏的省份中半数以上卫生设施已停止运作或仅部分运作。16 个省的 3507 个卫生设施中有将近 600 个不能运作。由于冲突，大多数合格的卫生专业人员离开了该国，导致初级卫生保健、创伤、外科和产科护理服务提供方面出现空白。2016 年 8 月，公共卫生与人口部通知世卫组织，它只能支付主要医院和卫生设施中卫生工作者的薪资，这进一步破坏了卫生服务。

45. 世卫组织在也门有 62 名国家工作人员和 13 名国际工作人员。除了在萨那的主要办事处和在亚丁的分办事处外，世卫组织还扩大了其活动范围，在荷台达、哈达拉毛、阿姆兰和萨达省设立了分办事处，还有一个分办事处覆盖了伊卜和塔兹省。此外，世卫组织在约旦安曼设有一个联络处，在吉布提的吉布提市设立了一个后勤基地。

46. 世卫组织和公共卫生与人口部共同领导卫生群组，该群组中有 32 个合作伙伴。尽管安全局势日益恶化，人道主义援助通道受到限制并且难以获得外部资金，但世卫组织及其合作伙伴通过确保初级、二级和三级卫生保健设施的功能，重新开放卫生设施并维持药品供应链和冷链，满足了日益增加的卫生需求。

47. 截至 2016 年 9 月，世卫组织支持公共卫生与人口部采购和交付了 475 余吨药品、医疗用品和疫苗；培训和部署了 22 个流动团队（公共卫生与人口部 11 个，合作伙伴 11 个）；并在 16 个省支持 29 个卫生设施的运作。世卫组织还提供了约 100 万升燃料，支持 88 家医院。世卫组织及其卫生合作伙伴支持为 200 多万名患者提供了治疗，其中有数千名患者需要创伤护理和外科手术。

48. 此外，世卫组织为卫生设施和国内流离失所者提供了大约 1 900 万升清洁用水，并向所有受影响省份的国内流离失所者分发了个人卫生用品。在高危地区，510 万 5 岁以下目标儿童中共有 480 万人（92%）接种了脊髓灰质炎疫苗，并有 92%的目标人群接种了麻疹和风疹疫苗。自 2016 年 1 月起，监测系统产生并调查了 12 500 条疾病预警信息，同时支持公共卫生与人口部开展防范和应对工作，包括制定霍乱控制计划和登革热应对计划。

49. 2016 年，卫生群组呼吁提供 1.84 亿美元，其中包括世卫组织需要的 1.24 亿美元，用以响应包括 310 万国内流离失所者在内的 1060 万人的卫生需求。截至 2016 年 8 月 31 日，世卫组织的资金缺口为 65%。当前的金融危机对卫生设施的功能构成严重威胁。

寨卡病毒病疫情（国际关注的突发公共卫生事件）

50. 鉴于寨卡病毒持续传播以及寨卡病毒感染与检测到的先天畸形和神经系统并发症病例增多之间存在密切关联，总干事于 2016 年 2 月 1 日宣布，在 2014 年法属波利尼西亚发生类似聚集性病例之后，巴西报告的小头症和其它神经疾患聚集性病例构成国际关注的突发公共卫生事件。撰写本报告时，共有 75 个国家，地区和领地报告了寨卡病毒本地传播疫情。秘书处预计寨卡病毒将继续传播，并且在所有存在伊蚊这一媒介的国家，地区和领地都可能发生本地传播。

51. 秘书处的专家和其他一些国际专家认为，妊娠期间感染寨卡病毒是导致包括小头症在内的先天性脑部异常的因素之一。寨卡病毒感染还会引起吉兰－巴雷综合征。越来越多的证据表明，寨卡病毒可能发生性传播，而且比先前假设的更常见。

52. 2016 年 9 月 1 日，总干事召集了《国际卫生条例（2005）》关于小头症、其它神经疾患和寨卡病毒问题突发事件委员会第四次会议。根据突发事件委员会的建议，总干事宣布该问题继续属于国际关注的突发公共卫生事件[1]。委员会建议总干事考虑在世卫组织之内建立适当的基础设施和应对计划，从而确保长期协调和问责。

53. 秘书处鼓励会员国继续报告寨卡病毒感染，先天性寨卡病毒综合征和吉兰－巴雷综合征病例，以帮助全球了解寨卡病毒的传播，包括病毒世系和毒株，以及因果关系。秘书处继续制定和更新关于准备和管理寨卡病毒感染应对措施的各方面问题指导。

54. 世卫组织及其合作伙伴发布了 2016 年 7 月至 2017 年 12 月寨卡战略应对计划修订版，以指导国际应对行动。修订后的计划更加重视预防和管理由寨卡病毒感染引起的医学并发症和扩大卫生系统的能力。

55. 美洲区域办事处需要 3960 万美元来执行 2016 年 7 月至 2017 年 12 月期间的战略应对框架。虽然在应对行动的头五个月中资金有限，但截至 9 月 29 日，美洲区域办事处已从 12 个捐助方调集了 2150 万美元，用于全球寨卡病毒病应对，目前余留的资金缺口为 46%。筹集到的金额确保了核心活动的连续性，和对总部及所有区域事件管理系统结构的支持。此外，这些资金还使得能够向世卫组织突发事件应急基金偿还了 100 万美元，该基金在 2016 年 2 月时拨付了 380 万美元应对寨卡病毒病。随着应对工作从

[1] 在报告编写完毕之后，专家委员会在 2016 年 11 月 18 日第五次会议上审查了证据。根据委员会的建议，总干事宣布国际关注的突发公共卫生事件结束，但重新发布了临时建议。

紧急突发阶段转向更长期的规划，资金也必须转向支持更长期的国家和国际发展与技术援助规划。

埃博拉病毒病疫情（国际关注的突发公共卫生事件）

56. 总干事根据《国际卫生条例（2005）》于 2016 年 3 月 29 日宣布涉及西非埃博拉病毒病疫情的国际关注突发公共卫生事件结束。几内亚、利比里亚和塞拉利昂总共报告了 28 616 起确诊、可能和疑似病例，11 310 例死亡。2015 年 10 月在几内亚发生了最后一起通常形式的人际传播病例；2016 年 4 月利比里亚发生最后一起与幸存者中病毒持续存在相关的病例。2016 年 6 月 9 日，世卫组织宣布利比里亚最近暴发的埃博拉病毒病疫情结束。世卫组织及其合作伙伴继续努力处理幸存者的需要，加强三个受影响最严重国家的能力，以便能发现和应对今后可能暴发的埃博拉病毒病疫情和其它疾病疫情。

卫生大会的行动

57. 请卫生大会注意本报告。

附件 1

报告所述期间的紧急/已定级突发事件清单
（2016 年 1 月 1 日－10 月 1 日）

国家、领地或地区/突发事件	危机类型	突发事件最初定级的日期	修改定级的日期	当前级别
阿富汗	地震	2015 年 10 月 28 日		1 级
安哥拉	黄热病疫情	2016 年 2 月 12 日		2 级
孟加拉国	热带气旋“若亚努”（Roanu）	2016 年 5 月 21 日		1 级
喀麦隆	冲突/内乱	2015 年 4 月 1 日	2016 年 8 月 18 日	2 级
中非共和国	冲突/内乱	2013 年 12 月 13 日（3 级）	2015 年 6 月 3 日	2 级
朝鲜民主主义人民共和国	洪水	2016 年 9 月 12 日		1 级
刚果民主共和国	霍乱疫情	2016 年 6 月 23 日		2 级
	黄热病疫情	2016 年 4 月 27 日		2 级
	复杂的紧急情况	2013 年 7 月 20 日		2 级
厄瓜多尔	地震	2016 年 4 月 17 日		2 级
埃塞俄比亚	厄尔尼诺现象的影响	2015 年 11 月 18 日		2 级
斐济	热带气旋温斯顿	2016 年 2 月 24 日		1 级
几内亚	埃博拉病毒病疫情	2014 年 3 月 24 日	2016 年 6 月 1 日（解除定级）	未定级
印度尼西亚	锡纳朋火山喷发	2016 年 5 月 22 日		1 级
伊拉克	冲突/内乱	2014 年 8 月 12 日		3 级
肯尼亚	严重急性呼吸道疾病疫情	2016 年 4 月 20 日		1 级
利比里亚	埃博拉病毒病疫情	2014 年 7 月 26 日	2016 年 6 月 9 日（解除定级）	未定级
利比亚	冲突/内乱	2014 年 8 月 28 日（1 级）	2015 年 12 月 10 日	2 级
马里	冲突/内乱	2013 年 2 月 4 日（2 级）	2015 年 10 月 16 日	1 级
缅甸	洪水	2015 年 8 月 12 日		2 级
尼日尔	冲突/内乱	2015 年 4 月 1 日	2016 年 8 月 18 日	2 级
	裂谷热疫情	2016 年 9 月 26 日		2 级

国家、领地或地区/突发事件	危机类型	突发事件最初定级的日期	修改定级的日期	当前级别
尼日利亚	复杂的紧急情况	2015 年 4 月 1 日（2 级）	2016 年 8 月 18 日	3 级
巴基斯坦	地震	2015 年 10 月 28 日		1 级
	流离失所	2014 年 6 月 20 日		1 级
巴布亚新几内亚	与厄尔尼诺有关的干旱/粮食无保障	2015 年 9 月 1 日	2016 年 5 月 31 日	1 级
菲律宾	摩洛冲突——棉兰老岛	2013 年 10 月 24 日		2 级
	台风“巨爵”（Koppu）	2015 年 10 月 25 日		1 级
塞拉利昂	埃博拉病毒病疫情	2014 年 7 月 26 日	2016 年 6 月 9 日（解除定级）	未定级
南苏丹	冲突/内乱	2014 年 2 月 12 日	2015 年 2 月 12 日	3 级
斯里兰卡	洪水/滑坡	2016 年 5 月 15 日		1 级
阿拉伯叙利亚共和国	冲突/内乱	2013 年 1 月 3 日	2015 年 8 月 26 日	3 级
泰国	冲突/内乱	2013 年 10 月 19 日		1 级
乌克兰	冲突/内乱	2013 年 2 月 20 日（1 级）	2015 年 2 月 12 日	2 级
坦桑尼亚联合共和国	难民流离失所	2015 年 5 月 18 日（1 级）	2015 年 12 月 15 日	2 级
	霍乱疫情	2015 年 12 月 15 日		2 级
西岸和加沙地带	冲突/内乱	2014 年 7 月 13 日（2 级）	2015 年 11 月 10 日	1 级
也门	复杂的紧急情况	2015 年 4 月 4 日（2 级）	2015 年 7 月 1 日	3 级
寨卡病毒病疫情——全球（75 个国家）	国际关注的突发公共卫生事件	2016 年 1 月 20 日		2 级

附件 2

世卫组织应对 2 级突发事件的行动

非洲区域的霍乱

1. 在本报告所述期间，13 个国家，地区和领地总共报告了累计约 99 000 例霍乱病例和 2000 例霍乱相关死亡。三个国家占所有霍乱病例的 87%：刚果民主共和国（43%，病死率 2.5%）、坦桑尼亚联合共和国（27%，病死率 1.5%）和肯尼亚（17%，病死率 1.3%）。导致 2016 年霍乱疫情增加的原因可能包括暴雨和非洲东部及南部厄尔尼诺现象的影响，以及布隆迪、中非共和国和南苏丹与数千人流离失所有关的人道主义危机。

表. 非洲区域的霍乱（2015 年 6 月至 2016 年 6 月）

国家	暴发日期	疫情解除/降级
贝宁	2016 年 2 月 17 日	仍在持续
布隆迪	2016 年 8 月 1 日	仍在持续
中非共和国	2016 年 8 月 1 日	仍在持续
刚果民主共和国	2015 年 9 月 20 日	仍在持续
埃塞俄比亚	2015 年 11 月 7 日	仍在持续
肯尼亚	2015 年 6 月 1 日	已得到控制
马拉维	2015 年 12 月 18 日	已得到控制
莫桑比克	2015 年 8 月 1 日	已得到控制
尼日利亚	2016 年 9 月 7 日	仍在持续
南苏丹	2015 年 6 月 1 日	仍在持续
乌干达	2015 年 10 月 1 日	仍在持续
坦桑尼亚联合共和国	2015 年 8 月 21 日	仍在持续
赞比亚	2015 年 2 月 4 日	仍在持续

2. 为了应对多个霍乱疫情，世卫组织及其合作伙伴在协调、监测、实验室能力、病例管理、供水、环境卫生和个人卫生干预、社会动员、后勤以及用品方面向有关国家卫生部提供了支持。在喀麦隆、马拉维、南苏丹和坦桑尼亚联合共和国进行了反应性口服霍乱疫苗接种运动。

3. 预防和控制霍乱仍然具有挑战性，因为各国卫生系统薄弱且防范和应对能力不足。多部门和多机构参与率仍然低下，难以有效处理霍乱和其它水源性疾病的根源。有必要开展跨境合作，加强霍乱预防和控制，特别是在次区域一级。

中非共和国

4. 在过去三年中，中非共和国经历了重大政治危机，暴力冲突几乎影响到整个人口。大约 230 万人，即超过一半人口，需要援助。110 多万人需要获得卫生干预，其中包括 385 750 名国内流离失所者。频繁的武装冲突使救生援助极为困难和危险。世卫组织及其合作伙伴正在支持卫生部满足受影响人群的卫生需求，开展疾病预警、疫情应对和控制并加强卫生系统。

5. 政府于 2016 年 8 月 10 日宣布霍乱流行。7 月 27 日至 9 月 30 日期间，在乌班吉（Oubangui）河附近的 6 个卫生区报告了 265 例疑似霍乱病例，包括 20 例死亡。自第 34 周（8 月 22-28 日）以来，霍乱病例数有所下降。卫生以及供水、环境卫生和个人卫生领域的合作伙伴正在支持卫生部通过病例监测和实验室检测；病例管理；社会动员；水、个人卫生和环境卫生干预；后勤；以及安保措施加强疫情应对。

6. 此外，世卫组织及其合作伙伴正在支持应对下科托省 Mingala 分区的猴痘疫情，8 月 17 日至 10 月 1 日期间该区报告了 20 起病例，包括两例死亡。

厄瓜多尔

7. 2016 年 4 月 16 日，厄瓜多尔西北部沿海地区发生 7.8 级地震，震中位于首都基多西北约 170 公里处。六个省受到严重影响：特别是马纳比和埃斯梅拉尔达斯，还有圣埃伦娜、瓜亚斯、圣多明各 – 德洛斯查奇拉斯和洛斯里奥斯。厄瓜多尔政府在地震之后不久宣布了紧急状态。

8. 美洲区域办事处/泛美卫生组织提供了技术专门知识（例如，利用世卫组织医院安全指数评估医院和建立流行病学监测系统）和业务支持（例如协调和后勤）以支持国家开展地震救灾行动，同时还在协助厄瓜多尔政府采取恢复战略。

埃塞俄比亚

9. 在埃塞俄比亚，由于洪水，20 多万人仍然流离失所，45.8 万人在与厄尔尼诺现象有关的干旱之后严重营养不良。仅奥罗莫州就有 1635 例严重急性营养不良者在治疗中心接受了治疗。该州累计报告了 64 143 起获得门诊治疗的严重急性营养不良病例，在世卫组织的支持下，7901 名患者在稳定中心接受治疗。奥罗莫州的严重急性营养不良病例占全国总数的 48%。

10. 世卫组织及其合作伙伴还支持应对阿姆哈拉州和索马里州的传染病疫情，通过当地卫生当局进行了病例管理和反应性疫苗接种。世卫组织支持该国政府领导卫生群组，以便在国家和次国家级协调应对行动。

利比亚

11. 在过去五年里，暴力、冲突和不稳定局势已蔓延到利比亚几乎每个角落，三百多万人，即该国几乎一半人口受到影响；43.5 万人逃离了家园，17.5 万国内流离失所者正在遭受粮食无保障的威胁。2015 年 12 月发起的人道主义应对计划确认健康是最优先的人道主义事项。约有 190 万人需要卫生服务；卫生群组的目标是 120 万人。据报告，在近期一系列军事行动之后，苏尔特的局势日益恶化，约有 90 500 人流离失所。合作伙伴发出了一项紧急应对呼吁。

12. 世卫组织负责领导卫生部门各工作组的行动，这些工作组由于卫生系统遭到破坏，许多医院无法运作，财政资源不足以及卫生人力有限等原因而面临种种挑战。进入冲突地区也是一项巨大挑战。尽管如此，世卫组织及其合作伙伴仍然加强了基本药物和用品的供应链，并能够采购和供应急救药物和用品。

13. 除了改善救生药物的获取，世卫组织还在 24 个哨点中建立了一个基于平板电脑的疾病预警系统，以减轻疫情风险。世卫组织与儿童基金会一起进行了第一次脊灰疫苗接种运动，为 130 万名六岁以下儿童，包括国内流离失所者和移民进行了免疫。世卫组织还培训了精神病医生和心理学家，以确保为有需要的人提供精神卫生服务。

14. 国家工作人员在国内开展工作。由于局势高度不安全，世卫组织及其合作伙伴难以在利比亚境内部署国际工作人员，因此只能从突尼斯远程管理各项业务。世卫组织为在利比亚开展工作需要 5030 万美元，目前已收到 650 万美元。

尼日尔

15. 2016 年 8 月 2 日至 9 月 22 日期间，尼日尔塔瓦大区 Tchintabaraden 省卫生部门报告了 60 起裂谷热病例，其中 23 例死亡，这是该国第一次暴发此类疫情。2016 年 9 月 21 日，尼日尔卫生当局宣布发生流行。9 月 26 日，世卫组织将该事件定为 2 级。世卫组织建立了一个事件管理系统，正在积极加强疫情应对，特别是加强诊断裂谷热的实验室能力。由于裂谷热病毒主要通过与牛接触传播给人类，世卫组织正在与粮农组织和国际兽疫局密切合作。非洲区域办事处向包括贝宁、布基纳法索、乍得、马里和尼日利亚在内的邻国提供了指导，以加强监测并尽量减少疾病传播风险。

乌克兰

16. 自 2014 年以来，乌克兰的冲突使该国分裂，影响到 310 万人，并使近 300 万人流离失所，迄今有 1 万例死亡直接与冲突有关。世卫组织已经组织了一次大规模应对行动，提供医疗用品，支持卫生设施治疗了近 200 万人，包括针对急性呼吸道疾病、糖尿病、腹泻病和艾滋病毒的专门治疗，同时还为复杂手术，产科和实验室检测提供了服务。世卫组织支持疾病监测和应对活动以及一个全面的流动医疗单位网络，为国内流离失所者提供卫生服务。世卫组织及其合作伙伴正在努力实施一项新的危机应对战略，加强卫生领域人道主义干预的地域重点，以进一步发展为长期的危机应对措施，同时向捐助方寻求支持。

安哥拉和刚果民主共和国的黄热病

17. 2015 年 12 月安哥拉首次报告了黄热病疫情，并于 2016 年 1 月得到确认。病例数迅速增加，世卫组织于 2016 年 2 月 12 日宣布此事件为 2 级突发事件。截至 2016 年 9 月 23 日，安哥拉 18 个省中 16 个报告了确诊病例，全国共有 4100 例疑似病例，884 例确诊病例和 121 例死亡。随后在刚果民主共和国、中国和肯尼亚确认了从安哥拉输入的病例（数量分别为 57 例、11 例和 2 例）。

18. 刚果民主共和国于 2016 年 4 月 23 日宣布暴发黄热病疫情。截至 9 月 23 日，该国报告了 2707 例疑似病例，其中 76 例确诊，16 例死亡。在这些确诊的病例中，57 例系从安哥拉输入，13 例为三个省（金沙萨，中刚果和宽果）报告的本土病例，6 例是与疫情无关的丛林病例。

19. 在乌干达，马萨卡、鲁昆吉里和卡兰加拉三个区报告了 51 起疑似病例和 7 起实验室确诊病例。疫情与安哥拉的疫情没有联系，并于 9 月 6 日宣布结束。在其它地方，

报告了另一些黄热病疫情：在秘鲁，已知流行地区有 59 例确诊的丛林病例，在巴西有 1 例确诊的丛林病例，在哥伦比亚有 17 例丛林病例。这些疫情均与安哥拉疫情没有流行病学联系。

20. 在世卫组织总部、区域和国家各级建立了一个事件管理系统，以便在安哥拉和刚果民主共和国开展应对，并制定联合战略和业务计划。安哥拉政府和刚果民主共和国政府在宣布暴发疫情后几天内组织了大规模疫苗接种运动。由于可用的黄热病疫苗剂量有限，因此优先考虑有病毒流行的区和/或很有可能向邻近地区输出的高风险区。世卫组织建议与安哥拉接壤或有联系的所有国家监测和实施以下政策：一剂黄热病疫苗可使来往于安哥拉及其它黄热病流行国家的旅行者终生免疫。受影响国家正在实施健全的入境监测，包括监测旅行者的疫苗接种状况，并根据需要向旅行者提供疫苗接种服务。

21. 截至 2016 年 9 月 21 日，安哥拉 73 个地区有 16 200 820 人接种了疫苗，接种覆盖率为 95%。下一阶段疫苗接种活动将以其余 12 个高风险地区的 2 136 225 人为目标。刚果民主共和国在中刚果省和金沙萨的 11 个地区组织了免疫活动，共有 3 107 488 人接种了疫苗。在金沙萨和沿安哥拉边界开展的活动瞄准了 10 474 988 人，所有地区的疫苗接种覆盖率均达到 90%或更高。鉴于黄热病疫苗剂量短缺，金沙萨符合条件的人员接种了分数剂量（0.1mL），这可提供至少一年免疫力。两岁以下儿童和孕妇接种了全剂量疫苗。沿安哥拉边界地区的人员也接种了全剂量疫苗。

22. 根据《国际卫生条例（2005）》就黄热病疫情召集的突发事件委员会于 2016 年 8 月 31 日举行了第二次电话会议。与 5 月第一次会议一样，委员会决定疫情不构成国际关注的突发公共卫生事件，但认为疫情仍然是严重的公共卫生事件，需要继续采取国家行动和国际支持。委员会建议在安哥拉和刚果民主共和国加强监测，并在刚果以先发制人的方式开展疫苗接种运动。

23. 目前正在努力阻断病毒循环并防止进一步传播。安哥拉和刚果民主共和国政府正计划在高风险地区进行最后的反应性和先发制人的疫苗接种运动。与捐助方的讨论也正在进行，以期覆盖疫苗和业务费用。两国政府还在策划对所有地区中符合条件的所有人接种全剂量疫苗。

= = =