世界卫生组织

第七十一届世界卫生大会 **A71/25**

临时议程项目 12.8 **2018 年 4 月 12 日**

风湿热和风湿性心脏病

总干事的报告

1. 2017 年 5 月，执行委员会在其第 141 届会议上注意到本报告的前一版本[1]，并通过了关于风湿热和风湿性心脏病的 EB141.R1 号决议。本报告第 15 和 18 段载有新案文，以响应会员国提出的意见。

我们今天处于什么位置?

2. 风湿性心脏病是低收入和中等收入国家以及高收入国家边缘化社区（包括土著人群）中一个可预防但严重的公共卫生问题。

3. 该疾病系因一或多次风湿热发作导致心脏瓣膜损伤所引起，是对咽部 A 族链球菌感染（链球菌性咽炎）的一种自身免疫性炎症反应。该病最常发生于儿童期，可能导致死亡或终身残疾。有效的早期干预可以防止风湿性心脏病导致的过早死亡。

4. 全球目前估计约有 3000 万人受到风湿性心脏病的影响[2]。2015 年，风湿性心脏病估计造成了 305 000 人死亡，损失了 1150 万残疾调整生命年。这些死亡中，60%为时过早（即死于 70 岁以前），不过这些数字由于很多国家数据不完整而存在极大不确定性。尽管目前已具备有效的预防和治疗措施，但 2000 年至 2015 年期间，风湿性心脏病导致的死亡在全球总死亡中所占比率几乎没有变化[3]。

[1] 文件 EB141/4 和文件 EB141/2017/REC/1，第一次会议（第 7 节）和第二次会议（第 1 节）摘要记录。

[2] 全球疾病负担协作网络。2016 年全球疾病负担研究（GBD 2016）结果。华盛顿州西雅图：卫生计量与评价研究所；2017 年，可自以下网址获得 http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool（2018 年 3 月 20 日访问）。

[3] 2015 年全球卫生估计。日内瓦：世界卫生组织；2016 年。（http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html，2018 年 3 月 20 日访问）。

5. 世卫组织所有区域内的国家都存在风湿性心脏病。非洲、东南亚和西太平洋区域所受影响最严重，占 2015 年现患病例总数的 84%，以及估计的风湿性心脏病总死亡人数的 80%[1]。印度位于东南亚区域，患病率全球最高，约占全球病例总数的 27%。在西太平洋区域，风湿性心脏病负担尤其集中于中国以及居住在澳大利亚、新西兰和太平洋岛屿国家的土著人群中。在东地中海区域，风湿性心脏病在某些国家，诸如于埃及、苏丹和也门等持续存在。但是，总体而言，大多数区域缺乏良好可靠的数据，这意味着风湿性心脏病的区域负担可能被低估。

6. 风湿性心脏病严重影响女童和妇女。女性罹患风湿性心脏病的风险比男性高多达两倍，在非洲区域 12 个国家以及印度和也门的部分选定医院中，风湿性心脏病患者三分之二是女性。在风湿热和风湿性心脏病流行地区，风湿性心脏病是孕妇罹患的主要心脏病，造成显著的孕产妇和围产期发病率和死亡率。

7. 一些众所周知的社会经济和环境因素，如住房欠佳、营养不良、过度拥挤和贫困等，可促使风湿热和风湿性心脏病发病，并加剧其规模和严重程度。

8. 风湿性心脏病持续高发国家的经济代价巨大。受到最具破坏性影响的是儿童和年富力强的年轻人。2010 年风湿性心脏病死亡的全球代价估计为 2.2 万亿美元（有折扣）或 5.4 万亿美元（无折扣）。风湿热和风湿性心脏病导致学校缺勤和辍学率升高，以及工资损失。例如，在巴西，风湿热每年给受影响家庭造成的费用为每名患者约 97 美元，每年给社会造成的费用为每名患者 320 美元，而二级预防规划每年的费用为每名患者 23 美元。

努力实现预防、控制和消除目标

9. 会员国日益将预防、控制和消除或消灭风湿性心脏病视为一个重要的发展问题。2015 年，非洲联盟国家元首和政府首脑在其第 25 届首脑会议上批准了《消灭非洲风湿性心脏病亚的斯亚贝巴公报》，其中建议了若干关键行动供非洲各国政府审议[1]。

[1] 见 http://www.pascar.org/uploads/files/ADDIS_ABABA_COMMUNIQU%C3%89_ON_ERADICATION_OF_RHUEMATIC_HEART_DISEASE_IN_AFRICA_-_Submission1.pdf，和 Watkins D, Zuhlke L, Engel M, Daniels R, Francis V, Shaboodien G et al。消灭非洲风湿性心脏病的七项关键行动：亚的斯亚贝巴公报。《非洲心血管杂志》2016 年；27(3):184-187（http://www. pascar.org/uploads/files/CVJA_Addis-Ababa-Communique-2016.pdf；皆于 2018 年 3 月 20 日访问）。

10. 风湿热和风湿性心脏病二级预防是在世卫组织《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》中向会员国提出的其中一项政策方案。此外，可持续发展目标 3（确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉）下的具体目标包括将非传染性疾病导致的过早死亡减少三分之一，消除新生儿和 5 岁以下儿童可预防的死亡，以及全球孕产妇每 10 万例活产的死亡率降至 70 人以下，所有这些都要在 2030 年之前实现。大多数风湿性心脏病死亡为时过早，控制和消除风湿性心脏病将有助于实现所有全球目标。

11. 风湿性心脏病的预防包括三个层级：减少风湿热风险因素（初始预防）；风湿热和风湿性心脏病一级预防；以及风湿热和风湿性心脏病二级预防（预防性）。初始预防旨在通过消除贫困，提高生活和住房标准以及增加获取卫生保健服务来避免发生链球菌性咽炎。在全球观察到的风湿性心脏病患病率下降的长期趋势大多是缘于初始预防。

12. 可以通过用青霉素有效治疗链球菌性咽炎来对风湿热进行一级预防，这种预防如果能作为儿童常规卫生保健的一部分予以实施并被纳入现有的卫生策略和社区规划将可发挥最大效力。为此，需要具备更有效的诊断策略。A 族链球菌感染占儿童咽炎病例的 20-40%。与培养咽喉拭子相比，快速抗原检测试验可在卫生服务点提供诊断，因此必须将其纳入有关策略。

13. 对于先前有风湿热和/或风湿性心脏病史的患者，采取每 3-4 周注射苄星青霉素的二级预防性治疗可有效预防链球菌性咽炎和风湿热复发。这需要发现、转诊和登记病例，并进行青霉素注射和定期随访。建立已知患者登记册经证明可有效降低发病率和死亡率，如可能，应将这些信息来源纳入现有的国家疾病监测机制。

14. 对于风湿性心脏病流行国家，预防、控制和消除该疾病的主要策略包括：提高生活水平；扩大获取适当医护服务；确保为一级和二级预防持续提供质量有保证的抗生素；以及在适当的监督和监测支持下，策划、制定和实施用以预防和控制风湿性心脏病的可行规划，作为国家卫生系统对策的必要组成部分。

15. 未来的潜在研究领域可能包括：加强对疾病流行病学和病例检测的认识；进一步阐明疾病的致病机理，以便确认适合治疗性干预的新途径并协助疫苗开发及应用；开发安全有效的 A 族链球菌疫苗；以及开发长效青霉素制剂，以提高对二级预防性治疗方案的依从性。包括疫苗在内的一级预防新工具可能会改善与 A 族链球菌相关的所有综合征发病率（包括蜂窝组织炎和败血症、孕产妇和婴儿发病率）以及风湿性心脏病的全球减少

前景，并减少抗生素在喉咙痛治疗中的使用（在因抗生素使用导致的日益严重的抗生素耐药性背景下，这是一个重要问题）。

阻挡进展的障碍

16. 预防、控制和消除风湿性心脏病方面的主要障碍是：风湿性心脏病流行国家的国家卫生政策和预算忽视风湿热和风湿性心脏病；缺乏数据，难以开展目标明确的预防工作；一级和二级预防不力并且初级卫生保健获取难；各级卫生工作者的数量和培训均不足；受影响社区对风湿热和/或风湿性心脏病的了解有限；对疾病的社会决定因素和卫生不平等现象不采取行动。虽然需要在某些方面开展进一步研究，但风湿性心脏病控制方面的最大差距在于难以实施有效的一级和二级预防措施。

17. 在某些环境中，确保为二级预防性治疗持续提供质量有保证的苄星青霉素是一项重大挑战。由于价格变得如此低廉，以致于生产商认为从商业渠道供应这些药物不再具有吸引力，苄星青霉素等一些基本药物的持续供应似乎进一步受到威胁。

秘书处迄今的对策

18. 最后一份关于预防和控制风湿性心脏病的世卫组织全球规划覆盖的时期为1984-2000 年。其结果表明，可以通过综合实施一些简单措施大大减少风湿性心脏病的患病率和过早死亡率。该规划主要以二级预防（病例发现、登记、二级预防性治疗、人员培训和健康教育）为基础。通过这一规划，对 150 万名小学生进行了筛查，以加强病例发现，并培训了 25 000 名卫生和教育人员。中国、古巴、埃及、印度和菲律宾改善了对急性风湿热和风湿性心脏病患者的护理质量，风湿性心脏病患病率明显下降。世卫组织还参与倡导和提供 A 族链球菌疫苗研发指导，动员资助者和业界等各类利益攸关方，并通过利益攸关方在重点研究途径和首选产品特征方面的磋商活动形成共识。

向前迈进

19. 建议会员国采取下列行动：

(a) 在风湿热和风湿性心脏病仍然构成重大健康问题的国家制定和实施国家规划。为确保可持续性，这些规划应被纳入国家卫生发展计划，并通过卫生部（包括涉及

妇女、儿童和青少年卫生以及非传染性疾病的单位）和教育部的现有国家基础设施加以实施，避免建立新的行政或实施框架。

(b) 在高危人群中加强对 A 族链球菌性咽炎的适当鉴别和抗生素治疗。使用快速抗原检测试验，可有助于在卫生服务点进行诊断。需要有关急性风湿热发病率的及时可靠数据，以便能及早为个体提供预防性治疗并对人群采取初始预防措施。必须具备针对链球菌的高质量参考实验室。

(c) 加强风湿性心脏病的鉴别和二级预防性治疗。适当监测对急性风湿热或风湿性心脏病患者定期开展的二级预防性治疗，特别是在安置中心等极有可能失去随访线索的环境中，以及从青春期向成年期过渡的关键时刻。

(d) 确保在初级保健设施持续免费供应可注射的苄星青霉素，并采取积极措施，确保及时便捷地将这些针剂提供给有风湿热或风湿性心脏病病史者。

(e) 作为促进妥善使用抗生素措施的一部分，对专业人员和公众进行教育，使其了解在风湿热仍然成问题的地方，需要对 A 族链球菌性咽炎进行及时和完整的抗生素治疗。

(f) 根据需要改善对专科诊断和手术治疗的获取。现有设施应包括对妊娠期间的风湿性心脏病进行专科监测，以预防并发症和孕产妇死亡，并在瓣膜严重损伤情况下实施适当的瓣膜手术。

(g) 采取措施解决风湿热和风湿性心脏病的已知决定因素，包括住房欠佳，过度拥挤和无法及时获取初级卫生保健等。

(h) 进一步加强国际合作和资源筹措，通过双边、区域和多边渠道实现预防、控制和消除风湿性心脏病的目标。

20. 秘书处的行动包括：

(a) 发起协调一致的全球应对行动，以实现预防、控制和消除风湿性心脏病的目标，使宣传、治疗指南、获取基本药物、被忽视的热带病以及妇女、儿童和青少年卫生方面的具体工作领域保持一致。

(b) 就 A 族链球菌性咽炎、风湿热和风湿性心脏病的鉴别和临床管理，以及锁定高危人群的方法，早期发现和管理方法，包括妥善使用抗生素的方法等，更新技术文件和指南。

(c) 向会员国提供技术支持，以制定和实施国家规划，促进在流行地区预防和控制风湿性心脏病。

(d) 与药品生产商和政府合作，确保持续提供质量有保证的苄星青霉素，并加强受影响国家社区和初级卫生保健层面供应的连贯性。

(e) 召集利益攸关方，以便推进一项重点研究议程，目的是：

(i) 更好地了解疾病的流行病学和致病机理；

(ii) 开发安全有效的 A 族链球菌疫苗；

(iii) 开发长效青霉素制剂，这可能提高对二级预防性治疗方案的依从性。

卫生大会的行动

21. 请卫生大会注意本报告并审议 EB141.R1 号决议中包含的决议草案[1]。

= = =

[1] 文件 EB141/2017/REC/1（可自以下网址获得：http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB141-REC1/B141_REC1 -en.pdf#page=1，2018 年 3 月 20 日访问）载有 EB141.R1 号决议内容，文件附件 3 载有通过该决议对秘书处的财政和行政影响。