



霍乱：控制和预防机制

秘书处的报告

1. 霍乱是一种急性肠道感染疾病，主要特征是摄入 O1 或 O139 血清群霍乱弧菌后引起剧烈呕吐和急性水样腹泻。这种感染可能在数小时内导致严重脱水和死亡。如不加以治疗，病死率可达 50%，但如果及时进行适当治疗，病死率将保持在 1% 以下。80% 的患者仅通过口服补液盐治疗即可康复，而 10% 至 20% 的患者则需要以静脉输液补液。
2. 霍乱潜伏期短，因此如果早期预警系统薄弱，就不能及时采取控制措施，最终出现暴发性疫情。近些年来，在数十年已无该疾病的国家中发生了大规模疫情。12 个月内最大疫情之一发生在津巴布韦，2008 年 8 月至 2009 年 7 月期间总共导致 98 591 起病例，其中有 4288 起死亡病例。最近，海地在 2010 年 1 月初地震后发生霍乱疫情。最初的病例是 10 月中旬诊断的；到 2011 年 2 月初，海地公共卫生和人口部报告的霍乱病例接近 230 000 例，其中包括 4500 多例死亡。美洲区域/泛美卫生组织和卫生合作伙伴继续支持海地公共卫生和人口部应对疫情。但是，东南亚区域以及非洲区域一些国家长期发生霍乱流行的情况不容低估，始终是一项公共卫生负担。
3. 关于五年期霍乱发病率的全球趋势分析表明，新千年开始以来发病率在稳步上升。从 2004 到 2008 年，向世卫组织通报的病例数累计达 838 315 例。相比之下，2000 至 2004 年期间为 676 651 例，说明最近五年中报告的病例数增加了 24%。然而，据知霍乱的实际病例数会远高于此。报告的数字当中不包括中亚和东南亚广大地区以及非洲某些国家每年发生的“急性水样腹泻”病例数（估计为 500 000-700 000 例）。造成这一差异的原因是报告不足，以及监测系统存在其它一些限制，包括病例定义不一致和缺乏标准词汇等¹。

¹ 2009 年霍乱。《疫情周报》，2010 年，85(31):293-308。

4. 因担心可能对旅行和贸易实行制裁，也会导致报告不足。实行制裁已被证明无助于霍乱的有效控制。有效的公共卫生干预措施，如提供适当的卫生保健，正确及时管理病例，改善环境管理和适当使用口服霍乱疫苗等，都依赖于可靠的监测系统和协调的多部门办法来减轻或避免该疾病的流行。2007年6月生效的《国际卫生条例（2005）》¹鼓励分享信息，目的是促进有效地预防和遏制疾病流行，包括霍乱的流行。

5. 霍乱这种水源性疾病与环境条件恶劣和个人卫生欠佳密切相关，因此与霍乱有关的风险因素与其它水源性腹泻病相同。缺乏或短缺安全用水和适当的卫生设施以及废物管理不善，都会促使这些疾病传播。发展中世界许多地区，尤其是拥挤不堪的居民区以及农村地区、沿河或湖岸地区等，都存在相同状况。世卫组织/联合国儿童基金会供水和卫生设施联合监测规划2010年最新情况²指明，8.84亿人仍然难以获得“改良的饮用水源”，其中有40%的人生活在撒哈拉以南非洲地区³。霍乱的发生凸显了由经济和社会因素决定的卫生领域不平等现象。

6. 许多国家正在大力控制霍乱，注重疫情应对工作，但是霍乱控制远不仅仅限于迅速医治病例。预防、防范和应对与建立有效的监测系统之间存在重要的相互作用。维持这方面的平衡对于减轻疫情和降低病死率都至关重要。预防和控制霍乱需要提供安全用水和适当的卫生设施，充分保证食品安全和适当水平的个人卫生。这种办法的核心要素是社区参与、公开透明的信息共享以及政策对话。此外，这种办法的优势是可加强其它水源性腹泻病的预防与控制。

7. 1991年，第四十四届世界卫生大会通过了关于霍乱的WHA44.6号决议，以此应对第七次疫情的蔓延及其在非洲南部的重新出现。因此，世卫组织全球霍乱控制专题小组于1992年启动，目的是支持会员国降低与霍乱相关的发病率和死亡率，减少这种疾病造成的社会和经济后果。

8. 水资源管理极其重要。在促进家庭水处理和安全储存做法的同时，需要改进和维持安全水源的利用，以便预防霍乱发生并在出现疫情时降低发病率。即使那些能够利用改良水源的家庭也可能在家中使水遭受二次污染；这种风险要求采取具体行动预防接触病原体。

¹ 《国际卫生条例（2005）》，第二版。日内瓦，世界卫生组织，2008年。

² 世界卫生组织和联合国儿童基金会供水和卫生设施联合监测规划。卫生设施和饮水方面的进展：2010年最新情况。日内瓦，世界卫生组织，2010年。

³ 另见文件EB127/6。

9. 由于世界人口继续增长，农村移民增多，基础设施薄弱，气候变化，以及各种公共卫生重点相互竞争，削弱了全球一级预防措施的效力，未能控制住该病。由于研制出安全有效的口服霍乱疫苗，现在控制霍乱的努力已进入新阶段，但疫苗是对传统预防措施的补充，而不是对其加以替代。

10. 已经开发了若干口服霍乱疫苗并已证明是安全有效的且具有免疫作用¹。迄今，经过世卫组织资格预审的唯一疫苗是全细胞复合 B 亚基 (WC-rBS) 疫苗，由与纯净的霍乱毒素复合 B 亚基结合的灭活全细胞霍乱弧菌 O1 组成。该疫苗分两剂服用，中间间隔不少于一周但不得超过六周，每剂疫苗应用 1.5 分升缓冲液稀释。服用第二剂疫苗后约 10 天产生保护效力。北南和南南之间实行技术转让后，对该疫苗重新进行了配制，目前正在印度生产和接受批准。这种新疫苗不需要任何缓冲液，并正准备接受世卫组织资格预审。

11. 在使用原先的两剂疫苗开展了数次大规模疫苗接种运动后，世卫组织于 2005 年公布了关于在复杂的突发事件中使用口服霍乱疫苗的建议，强调采取多学科方法并且在危机时期要结合更广泛的公共卫生重点来考虑霍乱的预防与控制²。为此开发了一项三步决策工具，供各国用于评估(i)疫情风险；(ii)遏制潜在疫情的能力；以及(iii)在特定情况下使用口服霍乱疫苗进行大规模免疫运动的可行性。

12. 2009 年 10 月免疫战略咨询专家组讨论了使用口服霍乱疫苗的建议，为最近发布的关于霍乱疫苗的世卫组织立场文件提供了背景信息。这些建议如下^{1,3}：(i)在霍乱流行地区应将该病的控制作为优先事项；和(ii)鉴于目前已具备两种口服霍乱疫苗——一种已经过资格预审，另一种正在等候资格预审——在疾病流行地区应结合其它预防和控制战略使用这些疫苗，而且应考虑在可能暴发疫情的地区使用。疫苗接种不应妨碍采取其它高度优先的卫生干预措施以预防和控制霍乱疫情。疫苗在短期内产生的效果可用来立即作出反应，与此同时可以逐步落实需要大量投资、旨在改善水和卫生设施的长期干预措施。

13. 虽然在控制霍乱方面已作出巨大努力，但就全球趋势来看，该疾病的发病率仍在稳步上升，而各国在试图控制疫情的过程中遇到大量挑战，已开始气馁。下面列举其中一些挑战以及建议采取的对策：

¹ 霍乱疫苗：世卫组织立场文件。《疫情周报》，2010 年，85(13):117-128。

² 文件 WHO/CDS/NTD/IDM/2006.2。

³ 免疫战略咨询专家组的会议，2009 年 10 月 - 结论和建议。《疫情周报》，2009 年，84(50):526 - 528。

- 目前应对霍乱疫情的办法往往是反应性的，临时采取特别应急对策。这种办法或许能避免死亡，但却不能防止病例的出现。需要一种有计划的、协调一致的办法，考虑减少霍乱风险的战略，以便将预防、防范和应对三方面内容都包括在内。
- 各部门之间的协调工作难度虽然很大，但必须改善卫生部门与供水部门之间的联系，促进持续开展霍乱控制活动。
- 即使具有国家行动计划，也往往不能根据当地具体情况加以调整。这种调整是加强多学科预防和控制活动的必要步骤。
- 保证适当的家庭水处理和安全的水储存是持续存在的挑战。根据最近启动的世卫组织/联合国儿童基金会七点行动计划¹，有必要通过有效的政策框架促进、加强和支持这些方面。
- 未将霍乱监测有效地纳入总体监测系统。必须加强当地数据收集和分析能力以便使之成为这种综合系统的一部分。这将促进确认高危地区和长期趋势，并指导控制活动。
- 难以评估或预测发生疫情的风险。只收集霍乱病例的数据不足以进行风险评估或确认触发疫情的因素。监测必须包括关于重要决定因素的信息，如是否有水源，环境条件，交通运输手段以及文化信仰和习俗等。
- 从使用口服霍乱疫苗开展大规模疫苗接种运动得出的经验着重指出，难以使疫苗接种与其它预防措施并行。疫苗接种必须与建议的其它预防和控制方法结合使用，而不应取代惯用和推荐的预防措施。此外，对大规模疫苗接种运动必须精心策划和准备。
- 不能充分提供用于预警和促使采取干预措施快速诊断检测，有必要通过研究予以进一步加强。

14. 世卫组织全球霍乱控制专题小组继续为综合协调的霍乱控制活动提供支持并向会员国提供技术指导。它还促进关于最佳做法的业务研究。

¹ 儿童基金会，世卫组织。《腹泻：为什么儿童仍然会死，可采取什么对策》。纽约，联合国儿童基金会，2009年。

15. 目前已具备进行有效预防和控制的技术与工具，只要能及时到位，并能采取协调一致的方法和提供资金，它们可以发挥重要作用。

16. 事实证明，将针对霍乱且有严格计划的多学科方法纳入预防和控制腹泻病的活动是有效的，既可以减少疫情的发生，又可以降低疫情期间的病死率¹。这样一种预防和控制方法需要强有力的领导、政治承诺以及各有关方面的参与。有必要采取进一步努力并向世卫组织提供手段，以协助其发挥作用，支持开展有效的规划，在各国控制霍乱和腹泻病。

17. 执行委员会在其第 128 届会议上讨论了本报告的前一版本²，并通过了 EB128.R7 号决议³。

卫生大会的行动

18. 请卫生大会批准执行委员会在 EB128.R7 号决议中建议的决议。

= = =

¹ 改进非洲南部霍乱和其它流行性腹泻疾病防范和应对工作的项目审查；1997 年 4 月。世卫组织非洲区域办事处，1998 年 1 月。

² 见文件 EB128/2011/REC/2，第三、四、八和九次会议摘要记录。

³ 关于该决议内容以及通过该决议对秘书处的财政和行政影响，见文件 EB128/2011/REC/1。