



消灭麦地那龙线虫病

秘书处的报告

1. 麦地那龙线虫病是被遗忘地方中被遗忘人群的典型疾病，是人类数千年来的一大灾难。该病是麦地那龙线虫引起的。寄生虫通过饮水传播，淡水桡足虫是必要的间接宿主。潜伏期为 12-14 个月。寄生虫的传播具有季节性。没有治疗药物或疫苗，而且人类不会对感染形成免疫。通过采用旨在中断寄生虫传播的混合干预措施：早期病例发现和控制、病媒控制、过滤水和提供安全的饮用水以及卫生教育，可减少病例数。

2. 麦地那龙线虫病是目前作为消灭目标的两种人类疾病之一，另一种是脊髓灰质炎。非洲区域委员会通过了关于消灭该病的若干决议¹。在 2004 年，卫生大会通过了关于消灭麦地那龙线虫病的 WHA57.9 号决议，重新呼吁到 2009 年消灭该病²，而且卫生大会期间签署的消灭麦地那龙线虫病日内瓦宣言也规定了这一目标。

实现当前全球目标的进展情况

3. 麦地那龙线虫病每年的发病率已有了显著的下降。在 2010 年，仅报告了 1797 起新病例，与 2004 年报告的 16 026 起相比减少了 89%，而且与 1986 年估计达 350 万的感染人数相比减少了 99% 以上。

4. 流行该病的国家数从 2004 年签署日内瓦宣言的 12 个国家减少到 2010 年底的 4 个国家（埃塞俄比亚、加纳、马里和苏丹），即减少了 67%；与 1980 年代期间流行该病的 20 个国家相比减少了 80%。

5. 2010 年报告病例的村庄数量为 779 个，与 2004 年的 3625 个村庄相比减少了 79%，而且与 1991 年高峰时期的 23 735 个村庄相比减少了 97%。

¹ AFR/RC38/R13、AFR/RC41/R2、AFR/RC43/R9、AFR/RC44/R8 和 AFR/RC45/R8 号决议。

² 另见以前关于消除该病的 WHA39.21 和 WHA42.29 号决议以及关于消灭该病的 WHA44.5 和 WHA50.35 号决议。

6. 尽管未达到 2009 年底消灭该病的目标，但会员国在合作伙伴的支持下取得了显著成就。如果在国家规划可用的有限资源以及许多国家面临的政治动荡和不安全形势的前提下进行考虑，取得的进展就很显著。

认证为无麦地那龙线虫病的国家和领地

7. 自第五十七届世界卫生大会以来，消灭麦地那龙线虫病国际认证委员会已认证另外 19 个国家为无麦地那龙线虫病（非洲区域的 14 个国家——阿尔及利亚、贝宁、喀麦隆、中非共和国、加蓬、几内亚、利比里亚、毛里塔尼亚、莫桑比克、塞拉利昂、斯威士兰、乌干达、坦桑尼亚联合共和国和赞比亚；东地中海区域的两个国家——阿富汗和吉布提；以及西太平洋区域的 3 个国家——柬埔寨、帕劳和马绍尔群岛）。自该委员会在 1995 年成立以来，总共有 187 个国家和领地被认证为无麦地那龙线虫病传播。

经济和社会效益

8. 麦地那龙线虫病几乎只在与世隔绝的农村地区发生。该病虽然不致命，但会对受影响的村庄造成重大经济负担。马里多贡人把该病称为“空粮仓之病”。个人和社区损失的收入金额可很高。据儿童基金会在 1989 年支持的一次调查估计，在人口达 160 万的尼日利亚东南地区，稻谷种植者每年的损失相当于 2000 万美元，因为在需要收割稻子的季节，麦地那龙线虫病使许多人失去劳动能力。

9. 据世界银行估计，一旦消灭麦地那龙线虫病，消灭该病的投资经济回报率每年将约为 29%。该数字系基于对染病劳动者不能工作的平均时间进行很保守的估计（5 周），并使用 1987-1998 年的项目范围。

改进水供应

10. 自 1986 年以来，消灭麦地那龙线虫病的全球运动与儿童基金会以及负责水供应和环境卫生组织的国家主管当局合作，有助于改进流行该病或有患病风险的社区的饮用水供应。但是，仍需要做很多工作以便为当前流行该病的地区提供安全的饮用水。

尚存的国家挑战

11. 消灭麦地那龙线虫病的挑战仍然是在 2010 年底尚流行该病的 4 个剩余国家（主要是苏丹，埃塞俄比亚、加纳和马里的情况要好得多）以及乍得(该国处于认证前期)阻断传播。根据国家规划报告的信息，估计埃塞俄比亚、加纳和马里很可能到 2011 年底能消灭该病。在 2010 年，乍得确认了 10 起新病例。

12. **埃塞俄比亚**。2006年7月至2008年2月期间未报告本土病例；2008年有11个村庄报告了41起麦地那龙线虫病病例，包括从苏丹南部输入的两起病例。随后，埃塞俄比亚消灭麦地那龙线虫病规划于2009年在甘贝拉地区的9个村庄发现24起本土病例。据报告，只有21例（88%）得到控制。在2010年，埃塞俄比亚报告了21起病例，其中一例是从苏丹南部输入的。

13. 在2001年至2010年期间，埃塞俄比亚每年继续报告不足50起病例，从而表明存在仍未控制的低水平传播。埃塞俄比亚与苏丹南部流行麦地那龙线虫病的地区之间人员的定期流动加上有证据说明存在未发现的传播疫源地，对消灭该病的工作提出了挑战。2010年90%的病例控制率表明正在努力有效地阻断传播。在无麦地那龙线虫病地区保持高水平的监测是同样重要的，以便采取措施预防形成新的疫源地。

14. **加纳**。进行多年斗争之后，加纳消灭麦地那龙线虫规划在2007年取得了巨大进展，病例数从2007年的3358例减少到2008年的仅501例，下降了85%。尽管2009年初在北部地区发生小规模疫情，但该规划在2009年又使病例数减少了52%，即52个村庄报告了242起病例。在2009年，北部地区报告了加纳所有病例的98%，而且具有地方性流行传播的19个村庄全都在这一地区。该规划在2009年报告的病例控制率为93%。2010年期间，加纳总共记录了8起病例，与2009年相比减少了97%。据报告，所有病例都得到控制，而且都追踪到2009年已知的传播来源。在2010年，与2004年的45%相比，加纳在全球所有报告病例中所占比例不到1%。2009年11月是其无报告病例的第一个月，从2010年6月至2011年1月撰写本报告时，也未报告发现病例。为了进一步加强监测，该规划启动了一个试点项目，为提供确诊麦地那龙线虫病病例信息者给予现金奖励。加纳面临的挑战是通过综合疾病监测和反应系统实施有效的全国麦地那龙线虫病监测，以便发现和调查可能从该国任何地方报告的所有疑似病例。

15. **马里**。在2009年报告了全球所有病例的6%，但在2008年曾出现重大倒退，当时在原先并不流行该病的基达尔区发现了261起病例。疫情由一名未被发现患病的病人引起，他在2007年从马里流行麦地那龙线虫病的一个地区来到此地并污染了一处饮用水源。马里在2009年使病例数下降了55%，即从2008年69个地点的417例减少到2009年52个地点的186例；据报告，在2009年，73%的病例得到控制。2010年，报告在22个地点发生了57起病例，其中45起（79%）据报告已得到控制。在马里的8个区中，麦地那龙线虫病的传播现在局限于其中5个：加奥、基达尔、塞古、莫普提和廷巴克图。

16. 多数病例（93%）发生于生活在加奥和基达尔区的图阿雷格游牧民族人群中，他们持续流动，甚至跨越阿尔及利亚、布基纳法索和尼日尔的边境。持续的安全问题和安全饮用水的有限供应对监测和有效的病例控制提出重大挑战。

17. **苏丹**报告了 2010 年全世界所有麦地那龙线虫病病例的 94%，发生在 732 个地点，在全世界报告病例的所有村庄中占 94%。传播现在局限于苏丹南方部分地方，最后一起麦地那龙线虫病本土病例是 2003 年在苏丹北方的加达里夫州报告的。在 2005 年 1 月签署全面和平协议之后，到 2006 年才全方位地发起了苏丹南方消灭麦地那龙线虫规划。由于获得了来自冲突之后重新可进入地区的报告，该规划在 2006 年报告的病例数大增，超过 2 万例，但自此以来已稳步加强控制措施。在 2008 年至 2009 年期间，报告的病例数减少了 24%，疾病流行村庄数下降了 38%，而该规划使病例控制率从 49% 上升到 78%。但是，具有一处或多处安全饮用水源的疾病流行村庄比率仍然为约 16%。与 2009 年报告的 2733 例相比，该规划在 2010 年期间报告的病例总数为 1698 例，即下降了 38%。

18. 与 2006 年相比，2007 年的病例数下降了 72%。此后的下降比率维持在 24% 至 39% 之间。鉴于交通困难和基础设施仍在发展中，病例数下降的整体情况值得赞扬，但下降速度减慢是一项值得关注的问题。2010 年的病例控制率为 74%，该比率需要提高，以便产生显著效果，在今后两年内阻断传播。在疾病流行地区以及无麦地那龙线虫病地区，需要加强监测，以便在 24 小时内发现病例并便利开展全面控制措施。

19. 苏丹南部的不安全形势对成功完成全球消灭麦地那龙线虫病运动造成最大的威胁。在 2009 年期间，32 起事件使规划工作人员不得不闭门不出或暂时撤离，从而中断了他们在据报告总共约占 2009 年全球半数病例的地区开展的工作。

20. **乍得**。自 2009 年 9 月以来，乍得未报告病例。但是，在 10 年之后的 2010 年 7 月，从两起疑似病例收集的标本经寄生虫病学以及分子检测被确认为感染麦地那龙线虫。初步调查显示，这些病人据报告从未在乍得之外旅行。自此以后又报告了 8 起病例。目前正在进行调查并采取措施阻断传播。

维持监测

21. 随着麦地那龙线虫病病例数减少以及各地区不再存在传播，警戒水平和报告疑似病例的工作有所削弱。但是，这一阶段是消灭麦地那龙线虫病运动中最关键的监测时期：必须维持最佳监测以便预防未发现的病例造成传播重新出现。2006-2007 年在埃塞俄比亚以及更近期在乍得（2010 年）出现了重新发生传播的证据。各国卫生部需要确保获得

充足资源并强调维持监测。现在，麦地那龙线虫病可以在非洲国家正在形成的综合疾病监测和反应系统中进行报告。除苏丹之外的所有国家已建立了奖励制度，奖励报告随后被确认为麦地那龙线虫病病例的信息提供者。但是，这种信息需要广泛宣传，而且所有疑似病例必须得到及时调查。

某些国家中的不安全形势

22. 不安全的形势以及由此造成无法进入疾病流行地区的情况仍然是一项重要制约，尤其是在埃塞俄比亚、马里和苏丹。应尽量有准备应对国家边境内外的人群流动，以便开展监测方面的适当应急行动。

人群流动

23. 人群在国家内部或跨越边界从疾病流行地点到非流行地区的流动，造成了意外的疫情暴发，从而在有些国家中使实现消灭该病的目标推迟了一年或数年。尽管如此，由一国输出到另一国的病例数从 2004 年的 114 例减少到 2010 年的仅 4 例。

24. 但是，自 2004 年以来，报告仅出现来自本国其它村庄的输入性病例的村庄比例不断上升。2010 年，在报告麦地那龙线虫病病例的 779 个村庄中，66% 报告仅出现从其它疾病流行村庄输入的病例。在 2010 年期间，苏丹南部报告病例的 732 个村庄中有 69% 报告仅出现从疾病流行村庄输入的病例。

资金供应保证到 2013 年

25. 在为实施 2008 年至 2013 年消灭麦地那龙线虫规划的活动所需的 7200 万美元资金供应方面，一项重大发展是比尔和梅林达·盖茨基金会在 2008 年 11 月向卡特中心并通过其向世卫组织提供了 4000 万美元的挑战资助金。自此以后，卡特中心收到了来自阿曼、沙特阿拉伯和大不列颠及北爱尔兰联合王国、欧佩克国际开发基金、John P. Hussman 基金会和 Vestergaard Frandsen 的大量资助金以及来自其他捐助者的资金，将有助于配合比尔和梅林达·盖茨基金会资助金提供的资金，并补足剩余的 3200 万美元。

今后的步骤

26. 为了尽快阻断传播并实现消灭麦地那龙线虫病，现在或曾经流行麦地那龙线虫病的会员国以及国际社会需要联合采取步骤。以下行动尤为关键：

- (1) 使剩余麦地那龙线虫病流行国家领导人表示的高级别政治承诺紧迫地转变为旨在中断麦地那龙线虫病传播的措施，应作为这些国家公共卫生议程上的高度优先事项；
- (2) 国际伙伴承诺提供充足资源用于完成消灭工作目标的最后努力；
- (3) 在剩余的疾病流行社区中提供充足和安全的饮用水供应；
- (4) 如有输入性病例，在所有剩余的疾病流行地区以及无麦地那龙线虫病地区实施强化病例控制措施，包括在线虫出现的 24 小时内发现所有病例；
- (5) 通过适当的通信联络渠道，在全国范围内使社区了解麦地那龙线虫病以及对报告麦地那龙线虫病病例的奖励制度；
- (6) 继续开展认证活动，针对已达到消灭该病标准的国家。

27. 执行委员会在其第 128 届会议上注意到本报告的前一版本¹，并通过了 EB128.R6 号决议。

卫生大会的行动

28. 请卫生大会批准执行委员会在 EB128.R6 号决议中建议的决议。

= = =

¹ 见文件 EB128/2011/REC/2，第八次会议摘要记录第三部分。