



疟疾

秘书处的报告

1. 执行委员会在 2013 年 1 月召开的第 132 届会议上审议了疟疾问题进展报告¹。执委会虽然注意到了这一报告²，但鉴于全球疟疾控制和规划不断面临的严重威胁，同意将这一主题提升为正式技术事项，供卫生大会审议，同时对大会临时议程做出相应修订³。为此，对进展报告作了更新并扩展形成本报告。本报告除了审查 WHA64.17 号决议的实施进展外，还介绍了全球预防、控制和消除疟疾活动方面的最新细节，并提供了寄生虫对青蒿素（青蒿素是世卫组织针对恶性疟原虫引起的无并发症疟疾而推荐使用的一线治疗方案中的主要化合物）耐药性方面的现状信息，还提供了控制这类耐药性的行动步骤。

目前情况

2. 由于作出了史无前例的国际努力以抵御疟疾，全球死亡率在 2000 年至 2010 年下降了 25% 以上。在疾病负担最为沉重的非洲区域，同期降幅为 33%。2004 年至 2010 年，全球每年的疟疾死亡人数从估计的 810 000⁴减少到 660 000⁵。但是，疟疾在全世界 99 个国家和领地继续传播，影响到世卫组织所有区域。在 2010 年，约 33 亿人面临疟疾风险，而所有疟疾相关死亡病例的 90% 发生在南撒哈拉非洲，主要是 5 岁以下儿童。

3. 巨大资金缺口危及进一步取得进展。过去八年中，防控疟疾方面的国际支付活动出现了急剧上升，估计 2011 年为 16.60 亿美元，2012 年为 18.40 亿美元。近些年来，国家用于疟疾规划的政府资金也有上升。尽管出现了这些上升情况，目前可用的资金仍然大大低于实现全球疟疾目标所需的资源。为了能够使全世界普遍获得疟疾干预措施，估计在 2011 至 2020 年间每年需要 51 亿美元。根据遏制疟疾伙伴关系提出的估计数字，

¹ 见文件 EB132/42 Add.1, F 部分。

² 见执行委员会第十五次会议的讨论摘要记录，第 2 部分。

³ EB132(17)号决定。

⁴ 死亡数区间 603 000 – 1 029 000。

⁵ 死亡数区间 490 000 – 836 000。

2013-2015 年期间仅仅在撒哈拉以南非洲就存在 36 亿美元的资金短缺情况。抗击艾滋病，结核病和疟疾全球基金的再筹款活动对于朝着实现千年发展目标 6 不断取得进展至关重要。在联合国秘书长疟疾问题特使的带领下，还在探索诸如债券和专用税收等方面的共同筹资机制。

4. 近些年来，国际资金没有出现增长。这使得疟疾产品的提供和干预措施的扩展速度慢了下来。向撒哈拉以南非洲的疟疾流行国家提供的长效杀虫剂蚊帐数量出现下降，从 2010 年顶峰时的 1.45 亿顶降到 2012 年的估计 6600 万顶。2012 年 12 月，秘书处曾警告称，这种下降可能会使不能及时更换蚊帐的地区出现疟疾大量回升情况¹。秘书处正在与疟疾流行国家和全球合作伙伴一道，调动资源，改善媒介控制措施的现有资源分配，建立长效杀虫剂蚊帐的分发框架，并提高蚊帐的耐用性。在针对危险人群居住地扩大室内滞留喷洒覆盖面，以及增加由公共部门采购的青蒿素为基础的联合疗法数量方面也出现了工作进展放缓情况。同时，婴儿、儿童和孕妇对所推荐的预防性化疗的使用也仍然处于低位。

实施 WHA64.17 号决议方面的进展

5. 本组织一直在监督近期卫生大会有关疟疾问题（包括 WHA64.17 号决议）以及相关区域委员会决议的落实情况，包括区域战略实施进展，实现疟疾目标，以及制止使用口服青蒿素单一药物治疗方面的工作。世卫组织《2012 年世界疟疾报告》载有世卫组织各区域的最新已有数据，以及对疟疾干预措施在世界上的影响所做的综合性最新评估。

6. 根据《2012 年世界疟疾报告》所述，有 50 个国家能够按照卫生大会和遏制疟疾组织确定的 2015 年目标，按期做到将疟疾病例发病率减少 75%。其中有九个国家处于非洲地区。另有四个国家预计可减少 50% 至 75%。那些病例数和死亡数相对较低的国家在降低疟疾发病率和死亡率方面取得的进展更快，而疟疾干预措施在疟疾负担最重的国家所挽救的生命更多。

7. 衡量在 WHA58.2 号决议中设定的卫生大会目标进展具有挑战性，原因是疟疾流行国家的监测系统只能发现全球病例估计数的约十分之一。在其中 41 个国家，只能通过利用疟疾传播、发病率或死亡率以及干预措施覆盖率之间的关系模型所得出的病例和死亡估计数字来估测疟疾发展趋势。只有监测系统得到改善，并且疟疾干预措施在 17 个受影响最严重的国家得到大幅扩展之后，才能在攻克疾病方面取得进展。这 17 个国家估计占到疟疾病例的 80%。

¹ 《2012 年世界疟疾报告》。日内瓦，世界卫生组织，2012 年。

8. 在 2011 年，总干事设立了疟疾政策咨询委员会，这是一个独立咨询小组，2012 年 1 月召开了其首次会议。该委员会的创立使秘书处能够为疟疾控制和消除工作加强政策制定程序，使之更加透明、更能符合会员国的需求。在其 2012 年 9 月的会议上，委员会要求全球疟疾规划制定 2016-2025 年控制和消除疟疾全球技术战略。2013 年 3 月召开了委员会第三次会议。

9. 已经发表了若干新的战略和政策，包括：管理疟疾病媒对杀虫剂耐药性的全球计划（2012）¹；关于非洲萨赫勒次区域高度季节性传播地区采用季节性疟疾化学预防方法控制恶性疟原虫疟疾的建议（2012）；以及关于杀幼虫的做法在撒哈拉以南非洲疟疾控制方面作用的立场声明（2012）。秘书处还发布了利用磺胺多辛 - 乙胺嘧啶对孕妇实施间歇性预防性疟疾治疗，以及用单剂伯氨喹作为恶性疟杀配子体药方面的最新建议。

10. 在 2012 年 4 月，总干事推出了新的疟疾控制和消除监测手册以及“T3：检测、治疗、跟踪”行动，敦促扩大疟疾诊断测试、治疗和监测。这一行动现正在世卫组织所有区域得到应用，使决策者注重于检测每个疑似疟疾病例；使用有质量保证的抗疟药物治疗每个确诊病例；并通过及时和准确的监测系统跟踪该疾病。

11. 在区域和国家级，秘书处支持各会员国实施疟疾控制和消除规划——包括开展国家规划审评以及更新国家疟疾政策和战略，并筹集资源和协调合作伙伴。在 2011 年和 2012 年期间，世卫组织促进了 27 个国家的疟疾规划审评。它还发表了具有区域针对性的技术指导，包括非洲区域一本新的手册，用于制定国家疟疾战略计划。

12. 秘书处发布了一项规划，用来支持扩展儿童疾病社区病例综合管理的扩展，这会有利于社区卫生工作者对疟疾、肺炎和腹泻作出诊断和治疗。正在撒哈拉以南非洲的五个国家开始实施 2015 年快速获得性扩展规划：刚果民主共和国、马拉维、莫桑比克、尼日尔和尼日利亚。这些工作对于确保最为脆弱人群普遍获得卫生服务以及实现千年发展目标 4（降低儿童死亡率）至关重要。

13. 鉴于在 64 个国家已发现蚊虫对杀虫剂具有耐药性并根据 WHA64.17 号决议的要求，秘书处召开了由全球疟疾防治界 130 多个利益攸关方参加的广泛协商会，以此作为制定管理疟疾病媒对杀虫剂耐药性的全球计划的基础，该计划已在 2012 年 5 月发布。全球计划要求各国政府、捐助组织、联合国系统各机构以及研究和工业界伙伴实施一个具有五大支柱的战略，以应对这一日益增长的威胁，其中包括制定创新性病媒控制工具以及计划和实施管理杀虫剂耐药性的战略。

¹ 《疟疾病媒杀虫剂耐药性管理全球计划》。日内瓦，世界卫生组织，2012 年。

14. 秘书处针对国家级和次国家级疟疾控制规划的规划管理者和工作人员举办了若干期国际和区域疟疾培训班，内容涉及：疟疾控制干预措施的计划和管理；疟疾监督、监测和评价；疟疾消除；以及监测抗疟耐药性。通过世卫组织 2011 年和 2012 年举办的培训班，非洲、东地中海和欧洲区域的 230 多名疟疾规划管理者和卫生专业人员受到培训。秘书处正在制定一系列新型培训材料，适应疟疾流行程度不尽相同的国家需求。

15. 秘书处继续向接近消除疟疾的国家提供适当支持。目前，在继续出现疟疾传播的 99 个国家中，有 10 个被世卫组织列为处于消除前期，另有 10 个国家处于消除期。还有五个国家处于防止再次输入期。跨境合作、共享最佳做法、强有力的区域、国家间和地区层面工作以及诊断工具的改善，对于确保各国保持所取得的进展并且迈向疾病消除至关重要，比如欧洲区域的（2005）《塔什干宣言》签署国，还有南部非洲发展共同体各国，亚太区域，阿拉伯半岛以及中美洲。对这类活动做出投资已经使得疟疾负担出现快速下降并且提高了防止疟疾再次输入到已经阻断传播的区域的区域的能力。

16. 秘书处发表了关于转让药品生产技术的准则，并在世卫组织若干区域为艾滋病毒 / 艾滋病、结核病和疟疾药物的有关生产商举办了技术研讨会。通过药品资格预审规划，秘书处继续向生产商提供技术支持，它们在达到资格预审的要求方面正在取得显著进展。2012 年 6 月，秘书处启动了一项试点项目，用以检测一种新的合作程序，以便与有关国家药物管制当局分享世卫组织开展评估和检查的结果并加快国家对抗疟疾药物及其它经过资格预审的药品进行注册。

17. 2011 年 9 月，世卫组织设立了一个机构间专题小组，以便确认公立部门中以青蒿素为基础的联合化疗药物缺货的可能原因并促进缓解行动。专题小组监测了药物在中央层面上的库存，以便在考虑预计消费水平和订货量的情况下，预测随后六个月期间的供应情况。2012 年 2 月，专题小组也开始监测快速诊断检测试剂的库存。经过机构间小组的努力，2012 年扭转了 17 个国家的以青蒿素为基础的联合化疗药物缺货情况。2013 年初，根据国家反馈和现状分析，工作小组的重心转向疟疾疾病负担最重的 10 个非洲国家：布基纳法索、喀麦隆、科特迪瓦、刚果民主共和国、加纳、莫桑比克、尼日尔、尼日利亚、乌干达和坦桑尼亚联合共和国。

控制青蒿素耐药性

18. 在东南亚大湄公河次区域出现了青蒿素耐药性，这对近些年来在预防、控制和消除疟疾方面所做的工作形成了巨大挑战。寄生虫对青蒿素的耐药性于 2008 年首次在柬埔寨得到确认。之后还在缅甸、泰国和越南发现了青蒿素耐药寄生虫。疟疾寄生虫耐药菌株的进一步传播，或者在其它区域另外出现青蒿素耐药性，这对全球疟疾控制工作带来妨碍并且会导致不可预见的后果。

19. 2011 年，总干事发起了全球控制青蒿素耐药性计划，呼吁各国落实用来预防并且控制青蒿素耐药性的五大支柱战略。秘书处已经向大湄公河次区域的四个受影响国家提供了控制规划方面的支持，并且就青蒿素耐药性情况定期发布最新信息¹。秘书处还向非洲及其它区域呈现疟疾流行的国家提供支持，改善抗疟药物的治疗效果监测。

控制青蒿素耐药性的应急计划

20. 秘书处计划在 2013 年第二季度发布一份在大湄公河次区域控制青蒿素耐药性的应急计划，以便对多个利益攸关方大力扩展耐药性控制活动带来指导。在金边已经设立了一个区域性枢纽，针对各国需求作出协调，最佳提供有针对性的规划活动。除了快速扩展预防、诊断性检测以及治疗干预措施，覆盖到包括移民和流动人口在内的所有危险人群之外，应急计划呼吁进一步加强现场行动的协调与管理，强化药品效力和杀虫剂耐药监测并且改进疟疾监测。还敦促各国加快与青蒿素耐药性有关的研究，改善药品规制，加强跨境合作并且在政府不同部门之间建立起政治承诺。

21. 在区域加强政治承诺，应对耐药疟疾问题挑战的背景下，该应急计划正由存在疟疾流行的一组国家、联合国系统各组织以及以国家为基础的合作伙伴付诸实施。在最近一次有关“疟疾 2012：拯救亚太地区的生命”（2012 年 10 月 31 日至 11 月 2 日，澳大利亚悉尼）的区域性会议上，与会代表通过了一份共识文件，承诺将加大努力，在亚太地区控制并且消除疟疾。文件内容包括呼吁建立一个亚太领导人疟疾同盟。达成这一协议后又通过了《第七届东亚峰会关于区域性应对疟疾防控和解决抗疟药物耐药性问题的声明》（2012 年 11 月 20 日，金边），在最高层面重申了政治承诺，对综合性工作方法达成了一致并且支持世卫组织的作用和行动。

2015 年后的发展议程

22. 疟疾防控是千年发展目标 6 项下具体目标 6.C 的部分内容：到 2015 年遏制并且开始扭转疟疾和其它主要疾病的发病率。尽管全世界能够按期实现这一目标，当务之急是要保持较高程度的全球承诺，减少由疟疾导致的痛苦和生命损失。疟疾控制应当继续成为 2015 年后全球卫生和发展工作的一项重要优先事项，更加重视卫生系统加强工作，使疾病流行国家能够大幅改善就疟疾和其它传染病带来的挑战做出的应对。在遏制疟疾伙伴关系的范畴内强化多部门合作并且形成有效的全球伙伴关系，这是进一步取得进展的根本所在，可预见的国际捐助者资金以及新的具有创新性的筹资机制也是如此。在国家层面的持续性政治承诺，增加国内资金以及区域性政府间机制采取协调行动，这些都是未来预防、控制和消除疟疾工作可以建立的必不可少的基础。

¹ 可自世卫组织网站上的全球疟疾规划页面获得：<http://www.who.int/malaria/en>。

卫生大会的行动

23. 请卫生大会注意本报告。

= = =