



脊髓灰质炎：管理根除潜在风险的机制

秘书处的报告

1. 2007年2月28日，总干事紧急召集了一次由利益攸关方参加的关于完成根除脊髓灰质炎的磋商会，并探讨了应对相关业务和财政挑战的集体能力。制定了强化根除工作的2007年底和2008年底新里程碑，并已在第60届世界卫生大会期间公布。¹
2. 自2007年2月发起强化根除工作以来，截至2008年2月25日，无论是出现本土脊髓灰质炎的国家还是病毒再次输入国家，都在阻断野生脊髓灰质炎病毒的传播方面取得了重大进展。较之上一年，2007年脊髓灰质炎病例数量下降了63%，而1型野生脊髓灰质炎病毒——即两种仍然存在的血清型病毒中最危险的一种——引起的病例数量下降了84%。1型脊髓灰质炎病毒在印度北方邦西部地区消失，这项发展尤其引人注目，因为该地区是印度境内唯一一个脊髓灰质炎病毒本土传播从未被阻断过的区域。2007年取得的其余重大成就还有：尼日利亚北部病例整体下降76%，阿富汗和巴基斯坦的野生脊髓灰质炎病毒传播进一步局限在有限区域，2003至2007年出现再次输入的27个国家中有25个国家阻断了原输入脊髓灰质炎病毒的传播。
3. 2007年5月，在关于管理根除脊髓灰质炎潜在风险的机制的WHA60.14号决议中，世界卫生大会敦促会员国加强对急性弛缓性麻痹的积极监测，并且为脊髓灰质炎病毒的长期生物控制做好准备。决议还要求总干事向第六十一届世界卫生大会提交建议，目的在于最大限度减少脊髓灰质炎病毒再次输入和脊髓灰质炎重新出现的长期风险（即：在全球阻断脊髓灰质炎野病毒传播之后）。

¹ http://www.polioeradication.org/content/publications/TheCase_FINAL.pdf.

问题

4. **全球阻断所有野生脊髓灰质炎病毒传播。**必须全面实施强化根除活动¹，使得每一名儿童都能够接种多剂量的适当口服脊灰病毒疫苗，尤其是在那些没有达到所有 2007 年底里程碑的区域。进一步努力的重点是：阿富汗南部地区、印度比哈尔邦的 72 个高危街区（在总计 433 个街区中）、尼日利亚北部各州内野生脊髓灰质炎病毒传播从未被阻断过而被定为高危地方管理区的区域（尤其是博尔诺州、吉加瓦州、卡诺州、卡齐纳州、凯比州和索科托州的地方管理区）及巴基斯坦西北边境省与信德省和俾路支省的大片区域。分别自 2005 和 2003 年以来，安哥拉和乍得一直有输入病毒传播，必需全面执行疾病暴发应对活动。要实施 2008-2009 年强化根除计划，13.06 亿美元的预算必需全额资助到位。

5 **无野生脊髓灰质炎病毒地区的保护。**要确保对野生脊髓灰质炎病毒输入到无脊灰地区做出疾病爆发的有效反应，必需在所有会员国维持针对急性弛缓性麻痹的符合认证标准的监测，这也包括 2007 年没有达到这一绩效水准的 56 个国家。要使输入脊髓灰质炎病毒带来的后果减至最小，需要在所有会员国中将脊髓灰质炎常规计划免疫覆盖率保持在 80% 以上。在 39 个无脊髓灰质炎会员国中，完成世卫组织野生脊髓灰质炎实验室控制全球行动计划²中第 I 期（实验室调查和库存物资）所列出的措施，就可能进一步降低偶然再次输入野生脊髓灰质炎病毒的风险。

6 **与脊髓灰质炎病毒相关长期风险的特点。**阻断野生脊髓灰质炎病毒传播后，与脊髓灰质炎病毒有关的主要风险有：

- 由于继续使用口服脊灰病毒疫苗，而由正在传播的源自疫苗的脊髓灰质炎病毒引起的爆发。全球而言，每年发生一次这类爆发的风险现在估计在 60% 至 95% 之间。到同步停止接种口服脊灰病毒疫苗后的第三年，这种风险降至 1% 和 3% 之间。
- 由于无免疫力个体持续使用口服脊灰病毒疫苗，导致与疫苗相关的麻痹性脊髓灰质炎：现在估计全球每年发生 250—500 例。

¹ 根除脊髓灰质炎咨询委员会的结论与建议，2007 年 11 月 27-28 日于日内瓦。疫情周报，2008 年，83(3)，25-36。

² 文件 WHO/V&B/03.11，第二版。

- 与免疫缺陷相关、源自疫苗的脊髓灰质炎病毒排泄：现在，已知最多有三人长期排泄此类病毒¹，但这与二代病例没有任何关联。
- 由脊髓灰质炎病毒保留地点再次输入野生或萨宾株脊髓灰质炎病毒（例如：诊断、研究和质控实验室，以及脊灰病毒疫苗生产厂商）。正如已经完成世卫组织野生脊髓灰质炎实验室控制全球行动计划²中第 I 期所列活动的会员国所报告的那样，现在，已知有 600 多个地点具有野生脊髓灰质炎病毒贮备。

需要进一步进行研究，以更好地了解正在传播的源自疫苗的脊髓灰质炎病毒带来风险的特性，这里所指的是那些与免疫缺陷和脊髓灰质炎病毒贮存相关并排出的病毒；同时，制定减轻每一情况所带来风险的战略。

7. 长期脊髓灰质炎病毒风险管理战略的协调。野生脊髓灰质炎病毒的传播得到阻断后，要最大限度地减少再次输入脊髓灰质炎病毒和重新出现脊髓灰质炎的风险，要求会员国：

- (a) 针对操作和储存残留脊髓灰质炎病毒（野生、萨宾株和源自疫苗的）和潜在感染脊髓灰质炎病毒的材料问题，协调采用适当的防护措施和生物控制条件。
- (b) 同步停止使用口服脊灰病毒疫苗进行常规免疫。
- (c) 在应对脊髓灰质炎新近暴发时，采用国际上商定的使用口服脊灰病毒疫苗的程序(即：脊髓灰质炎活病毒)。

8. 制定更加安全的生产灭活脊髓灰质炎病毒疫苗的程序以及可负担的使用战略。任何国家只要认为存在脊髓灰质炎病毒再次输入和脊髓灰质炎重新出现的中期或长期风险，并且在最终同步停止使用口服脊灰病毒疫苗后仍然继续进行脊髓灰质炎常规免疫，就应获得使用灭活脊髓灰质炎病毒疫苗的可承受选择方案。理想来说，一旦停止所有口服脊灰病毒疫苗的免疫接种，愿意使用灭活脊灰病毒疫苗维持免疫的低收入国家，就应以相当于口服脊灰病毒疫苗的费用达到目的。继续研究灭活脊灰病毒疫苗的分割给药剂量与减少剂量方案，利用佐剂和替代种株生产灭活脊灰病毒疫苗，以及灭活脊灰病毒疫苗生产流程的进一步优化。目前的研究结果提示，在低收入国家使用灭活脊灰病毒疫苗，及在本地安全生产灭活脊灰病毒疫苗和使用的新式“零费用”选择方案可能会很快变得可行。

¹ 长期排泄此类病毒的工作定义为超过 5 年。

² 文件 WHO/V&B/03.11，第二版。

9. **同意建立一个协调长期脊髓灰质炎病毒风险管理的机制。**世卫组织《组织法》赋予卫生大会三类规范性工具，通过这些工具可以就上述在阻断野生脊髓灰质炎传播后最大限度地减少脊髓灰质炎病毒再次输入或脊髓灰质炎重新出现的长期风险的总体战略内容进行谈判，并形成国际共识。这包括公约和协定、规章及建议。

意识到《国际卫生条例（2005）》是《组织法》第 21 条下的一项规章，以及该条例要求会员国报告“由野生类型脊髓灰质炎病毒引起的脊髓灰质炎”的任何病病例，2008 年 1 月向执行委员会第 122 次会议提议起草一个针对条例的附件并展开谈判，将此作为可能机制，以便就管理脊髓灰质炎病毒再次输入或脊髓灰质炎重新出现风险的长期战略建立国际共识。执委会在大量讨论后，通过了关于“脊髓灰质炎：管理根除潜在风险的机制”的 EB122.R1 号决议，其中向卫生大会建议了一份决议草案，要求总干事提交“设立一种机制的一个或多个建议，供执行委员会审议，以减少脊髓灰质炎病毒再次输入的风险……”。

10. **确定时间表以启动各项最大限度地减少脊髓灰质炎病毒长期风险的机制。**最大限度地减少脊髓灰质炎病毒带来的长期风险，需要在全全球阻断野生脊髓灰质炎病毒传播后，立即在常规免疫中停止使用口服脊灰病毒疫苗，届时，会有很高的人群免疫水平和监测敏感性。一旦所有野生脊髓灰质炎病毒传播很有可能在全全球阻断时，应立即启动最大限度地减少脊髓灰质炎病毒长期风险的协调活动。鉴于在血清类型中，已证明最难阻断传播的是 1 型野生脊髓灰质炎病毒，又鉴于在具有良好监测条件下，该病毒的流行难以逃过六个月以上的检测，协调国际风险管理战略的机制应该在全全球发现由正在传播的 1 型野生脊髓灰质炎病毒引起的最后一个麻痹性脊髓灰质炎病例六个月之后开始。

卫生大会的行动

11. 请卫生大会审议 EB122.R1 号决议所含决议草案。

= = =