联合国 A/60/208

大 会

Distr.: General
9 August 2005
Chinese
Original: English

第六十届会议

临时议程* 项目 49

2001-2010：在发展中国家特别是非洲减少疟疾十年

2001-2010：在发展中国家特别是非洲减少疟疾十年

秘书长的说明

秘书长兹转递世界卫生组织按照大会第 59/256 号决议编写的报告。

摘要

本报告特别指出自上一次报告以来，根据大会第 59/256 号决议和《非洲减疟阿布贾宣言》（2000 年），在实现 2010 年减疟目标方面进行的活动和取得的进展。报告介绍世界卫生组织（卫生组织）和减疟伙伴关系的努力，以及资源调动和筹资方面的关键问题，包括全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金的作用。详细审查和报告高危人群接受疟疾预防措施和有效治疗的机会以及相关的问题。虽然有几十个国家已经按照卫生组织的建议，改变了它们的疟疾治疗政策，但这些新政策的执行仍面临巨大障碍。主要的困难都是缺乏资金、保健制度不完善和缺少医护人员所致。本报告还提供了在努力建立稳定供应和推广最新一代抗疟药品、青蒿素混合疗法和长效驱虫蚊帐方面的最新情况。同时描述在加强人力资源能力和研究与发展方面的进展。

一些新举措将大大增加疟疾防治的资金，包括世界银行的《助推方案》、美利坚合众国政府的《国际疟疾新倡议》、比尔·盖茨和梅琳达·盖茨基金会资助的“非洲疟疾防治和评估伙伴关系”以及 2005 年八国集团首脑会议关于捐助更多资金防治疟疾的承诺。

本报告最后按照千年项目关于疟疾问题的报告和 2005 年世界卫生大会通过的疟疾问题决议，大会为加速实现该十年目标可以采取的一些行动。

* A/60/150。

05-45603 (C) 060905 060905

目录

		段次	页次
一.	背景	1-4	3
二.	减疟伙伴关系	5-10	4
三.	筹资和资源调动	11-17	5
四.	获得疟疾的有效治疗	18-24	6
五.	疟疾病媒控制的覆盖率	25-29	8
六.	孕妇和婴儿的疟疾	30-33	9
七.	疟疾流行病和复杂的紧急情况	34-35	10
八.	能力加强和人力资源	36-40	11
九.	研究与发展	41-46	11
十.	阿布贾会议各项目标的进展	47-50	12
十一.	监测与评估	51-53	13
十二.	结论和建议	54-56	14

一. 背景

1. 大会在其题为“2001-2010：在发展中国家特别是非洲减少疟疾十年”的第59/256号决议中，表示注意到非洲统一组织通过的各项宣言和决定，特别是2000年4月24日和25日在阿布贾举行的非洲统一组织国家元首和政府首脑特别会议就“减少疟疾”倡议通过的宣言和行动计划，认识到将目前为了达到阿布贾首脑会议所订各项目标而正在作出的努力互相联系起来，对于在2010年之前实现“减少疟疾”的目标和在2015年之前实现《联合国千年宣言》各项目标是必要和重要的。在该决议中，大会认识到非洲国家迫切需要扩大国家防治疟疾方案的规模，才能实现阿布贾首脑会议所订的2000-2005五年期的中期目标。大会还强调执行《千年宣言》的重要性，并在这方面欢迎会员国已承诺对非洲的具体需要作出回应，同时赞赏世界卫生组织（卫生组织）、联合国儿童基金会（儿童基金会）和其他伙伴多年来为防治疟疾作出的努力，包括在1998年发起减少疟疾伙伴关系。

2. 在同一决议中，大会吁请支持秘书长的报告（A/59/261）中所载建议。概括而言，这些建议包括：(a) 呼吁国际社会继续支持各个“减少疟疾”伙伴组织，包括卫生组织和儿童基金会，作为支持疟疾流行国家的疟疾防治工作的重要补充来源；(b) 确保全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金得到更多资金，以支持健全的国家疟疾防治计划；(c) 敦促疟疾流行的国家增拨国内资源用于防治疟疾；(d) 鼓励尚未这样做的非洲国家实施阿布贾首脑会议所提出的建议，减收或免除对蚊帐、制造蚊帐材料和为防治疟疾所需的其他产品课征的各种税项；(e) 吁请疟疾流行的国家加强政策和方案，确保在任何选择驱虫蚊帐为病媒控制办法的地方，采取速效办法，包括针对脆弱群体，免费或以补贴方式分发驱虫蚊帐，迅速将其覆盖率至少增加到危险民众的60%；(f) 鼓励出现对常规单一疗法药物抗耐性的会员国，根据卫生组织的建议，及时以混合疗法替代；(g) 确认研制防治疟疾的有效疫苗和新药的重要性。

3. 在同一决议中，大会重申有必要扩大公营和私营部门在疟疾防治方面的伙伴合作，特别敦促在非洲经营的石油公司以低价提供制造蚊帐的聚合物，并吁请国际社会；(a) 支持各种办法，使非洲有可能接触恶性疟原虫性疟疾抗药菌株的人口有更多的机会获得青蒿素基混合疗法，包括承诺新的资金、青蒿素基混合疗法融资和国家采购创新机制，为满足业已增长的需要，增加青蒿素产量；(b) 支持在研制抗疟新药和新杀虫剂方面进行投资。大会还吁请国际社会支持协调努力，改进监视、检测和评价系统，更好地跟踪和报告所建议“减少疟疾”干预工作的覆盖面的变化以及随后疟疾问题的减少情况。

4. 大会请秘书长同世界卫生组织、儿童基金会、发展中国家和包括非洲联盟在内的区域组织密切合作，在2005年对为实现各项中期指标而采取的措施及取得的进展、国际社会在这方面提供的实施手段以及减少疟疾十年总体目标进行一次

评价，并就此向大会第六十届会议提出报告。此外，大会请秘书长就该决议执行情况向大会提出报告。

二. 减疟伙伴关系

5. 1998 年由卫生组织、世界银行、儿童基金会和联合国开发计划署（开发计划署）发起的减疟伙伴关系，包括疟疾流行国家及其双边和多边发展伙伴、私营部门、非政府组织和社区组织、基金会以及研究和学术机构。所有这些成员都派有代表参加减疟伙伴关系理事会。

6. 由卫生组织主持的减疟伙伴关系秘书处，负责使国家一级的努力得到最有效的支持，确保每一个减疟伙伴作出的贡献能够得到协调，并适应国家的需要，符合最佳做法的建议以及各种技术规范和标准。秘书处由减疟伙伴关系执行秘书领导，在全球、区域、次区域和国家各级开展活动。它在全球一级的四个主要工作领域是：(a) 伙伴关系的发展和网络化；(b) 国家支助的发展；(c) 交流和宣传；(d) 资源调动和筹资。

7. 伙伴关系各工作组负责在加强疟疾防治的最佳做法方面建立共识。伙伴关系通过了若干协商共识声明，制订总的 2005-2015 年全球减疟战略计划，指示伙伴通过何种途径使伙伴关系的各种干预措施达到 80％的覆盖率，在 2010 年之前将疟疾问题减轻 50％，在 2015 年之前实现有关千年发展目标。

8. 在区域一级，减疟伙伴关系秘书处担任非洲联盟、西非国家经济共同体、非洲发展新伙伴关系、南部非洲发展共同体、卫生组织和儿童基金会区域办事处和其他区域倡议等区域伙伴之间的联络机构。伙伴关系在中非、东非、南部非洲和西非的次区域网络帮助协调各伙伴在加强疟疾防治方面提供的支助，例如支持各国使用全球防治艾滋病、肺结核和疟疾基金的赠款。这些网络还促进顺利推行新的倡议，例如非洲疟疾防治和评估伙伴关系，这是一个在特定国家促进迅速扩大活动规模的试点项目（见第 15 段），目前，这些网络正在与世界银行配合，实施新的疟疾问题助推项目。

9. 过去一年来，减疟伙伴关系的宣传努力包括：(a) 协调高级别宣传活动，例如在达喀尔的减疟义演音乐会和在三个全球性首都发表《世界疟疾报告》；(b) 针对英国、欧盟和美国包括美国国会新闻发布会以及英国和欧盟议会的会议，制订目标明确的宣传战略，发表重要报告，促进电视纪录片的播映，开展全球媒体的推广活动；(c) 在全球、区域和国家各级协调和支持 2005 年非洲疟疾日活动；(d) 确保减疟活动在联合国、国际、区域和国家重大会议和活动中的能见度，突出疟疾问题和进展情况；(e) 生产和保持一系列减疟伙伴关系宣传工具，包括小册子和其他材料。

10. 确保有效采购抗疟商品对各国加强干预措施至关重要。一些关键商品，例如青蒿素混合疗法和驱虫蚊帐；因为制造商对市场缺乏信心，生产数量还不够大。减疟伙伴关系的疟疾药品及供应事务处正在努力消除这些障碍。该处目前进行全球供求情况的预测，把生产需求告知制造商，支持各国采购行动，监测用于抗疟商品的资金。该处还完成了一个数据库和预测工具，使国家、制造商和捐助者能清楚地全面了解优质抗疟产品的供求情况。

三. 筹资和资源调动

11. 据估计，有效减疟所需的全球资金，非洲每年约为 20 亿美元，世界其他疟疾流行地区每年约为 10 亿美元。这些数字考虑到对青蒿素混合疗法的需要，在出现抗药性的恶性疟原虫疟疾的国家，该类疗法的费用远比单一疗法为高。按照目前的价格，这类疗法施于非洲感染疟疾的 6 亿多人，每年就需要大约 10 亿美元。早到 2006 年初，混合疗法的价格可望略为降低，因为届时需求与生产将稳定在较高水平上。此外，从长远来看，扩大驱虫蚊帐覆盖率和使用诊断工具，可能会降低药品的开支。

12. 全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金于 2002 年展开活动，目前已成为疟疾防治资金的一个重要国际来源。截至 2004 年底，基金分五年划拨了 18 亿美元，在 69 个国家，包括 38 个非洲国家，进行疟疾防治工作。核准的两年预算总额为 9.95 亿美元（占拨款总额的 22%），2005 年和 2006 年核准的承付款总额为 8.81 亿美元。2005 年第五轮呼吁提出计划后，有 62 个国家提出了疟疾计划，五年共需资金总额约为 19 亿美元。目前五年期的拨款是为资助总计 1.45 亿个青蒿素混合疗法疗程和 1.08 亿个驱虫蚊帐。到目前为止，执行工作的第一阶段发生延误，考虑到这项工作的规模，这是可以理解的。到 2005 年年中，总额为 1.48 亿美元的 12 项疟疾防治赠款已进入第二作业阶段。2005 年，减疟伙伴，尤其是卫生组织的国家、区域和总部办事处，响应了 43 个国家的要求，协助拟订计划提交并解决关于所要选择并迅速大规模的干预措施的重大技术问题。

13. 用于疟疾防治的其他资源流动情况比较难以追踪，尤其是现金支付的开支和公共卫生各种基本服务中所包含的公共资金，而这些服务越来越多通过范围广大的预算支助方案提供经费。2004 年和 2005 年，减疟伙伴关系力求改善国家一级疟疾防治的拨款，以补充全球基金和外部捐助者提供的资金。协调这些资源，使之得到最合理的利用，是一种越来越艰难的工作，因为所采用的干预措施对各国来说都是新的，而且费用更高。在国家一级，资源需求越来越多，竞争也越来越激烈，各方案必须表明其在实现商定目标方面的进展以及在使用划拨资源方面的效率。伙伴关系支持研制新的工具，来改进疟疾防治方案的规划和监测，例如可在因特网上取得的电子成本估算工具。

14. 2005 年 4 月，世界银行宣布，它将在其新的全球战略的范围内，大幅度增加对疟疾防治的支持，附带利用一项助推方案，向各国提供资金，加强它们本身的疟疾防治方案。世界银行认为，在今后五年里，总共承付 5 到 10 亿美元，是实际可行的，包括预计来自各伙伴的联合资助。世界银行本身将调动财政和技术资源，并发动各个发展机构和私营部门支持扩大人们接受预防和治疗的机会，增进可持续性。这种努力是为了增加商品的供应量，鼓励各国降低对这些物品课征的各种税项，改进和维持各国政府和民间社会团体长期防治疟疾的工作，建立公私部门的伙伴关系。

15. 2005 年 5 月，在日内瓦召开的第五十八届世界卫生大会上，发起了非洲疟疾防治和评估伙伴关系，这是适当保健技术方案（一国际非营利组织）、赞比亚政府和赞比亚减疟伙伴关系之间的国内协作。其目标是加速并记录赞比亚的疟疾防治目标逐步实现所产生的影响。新的伙伴关系的当前目标是支持协调迅速扩大的活动，采用已证明有效的疟疾防治战略，包括驱虫蚊帐、室内除蚊和有效药品，以覆盖赞比亚 80％的人口，并在三年之内将疟疾死亡率减少 75％。这一倡议，得到比尔·盖茨和梅琳达·盖茨基金会一笔新的为期九年的 3 500 万美元赠款，旨在为其他非洲国家树立样板。

16. 2005 年 6 月，美国政府宣布了《国际疟疾新倡议》，在五年期间，对象是多达 35 个问题严重的国家。最初是以坦桑尼亚联合共和国、乌干达和安哥拉等三个国家为对象。目前，美利坚合众国每年通过双边方案和全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金捐助 2 亿美元。布什总统建议，在 2006 年增加 3 000 万美元，在 2007 年增加 1.35 亿美元，在 2008 年到 2010 年每年额外增加 3 亿美元。美利坚合众国还将要求其他主要捐助者每年提供 12 亿美元。目标是超过 2015 年与疟疾有关的千年发展目标。

17. 八国集团 2005 年 7 月在格伦伊格尔斯举行的首脑会议结束后发表公报，承诺与非洲国家合作，扩大抗疟行动的规模，使重大干预措施覆盖 85％的脆弱人口，借以拯救生命，减轻这种可以预防和治疗的疾病拖累非洲经济的程度。公报呼吁每年增加 15 亿美元，帮助确保人们可以得到驱虫蚊帐，青蒿素混合疗法、孕妇和婴儿得到间歇性预防治疗，室内长效喷洒，建立非洲保健服务能力。

四. 获得疟疾的有效治疗

18. 疟疾流行国家治疗恶性疟原虫性疟疾的政策大多数已放弃以往使用的单一疗法，因为寄生虫产生抗药性，单一疗法已失去效力。到目前为止，有 53 个国家，包括 32 个非洲国家，采用了卫生组织建议的青蒿素混合疗法，作为其第一线或第二线治疗方法。

19. 卫生组织向疟疾流行国家的卫生部提供了技术援助，使其能够采用以监测疗效为基础的新政策。2005 年 9 月，将发表一份关于抗疟药物抗药性的全球报告。各国目前开始采用新的混合疗法，由卫生组织协助制订国家治疗方针，培训医护人员，并发起研究这些疗法在社区一级的使用情况。

20. 2004 年和 2005 年，各国迅速改用青蒿素混合治疗的政策，造成需求的急剧增加，由 2003 年的 200 万个疗程增加到 2005 年的 3 000 万个疗程，导致冷蒿和青蒿素混合疗法药品的短缺。2006 年，国际资助的青蒿素混合疗法药品的需求预计将超过 1 亿个疗程。过去一年期间，制药业作出了巨大努力，提高青蒿素混合疗法药品的产量，同时采取措施，确保到 2005 年底减少短缺情况。青蒿素是从黄花蒿提炼而来，2004-2005 年以来，在若干国家种植黄花蒿。最大的生产国仍然是中国和越南，但东非国家（肯尼亚、乌干达和坦桑尼亚联合共和国）目前正在扩大生产，预计到 2006 年底将占世界产量的 20％左右。虽然今后三四年的需求预计将增加，但人们担心产量可能增加得太快，一些地方还不具备工业提取活性成分的能力，便已开始着手种植。为加强的农业生产、提取成分和制造成药三者之间的联系，卫生组织与疟疾药品及供应服务处于 2005 年 6 月在（坦桑尼亚联合共和国）阿鲁沙召开了一次会议，会聚了参与青蒿素混合疗法药品生产的所有行动者。此外，联合国粮食及农业组织（粮农组织）和卫生组织开办了一个协作方案，以供持续交流技术、生产和需求的信息。

21. 为确保产品质量，卫生组织和儿童基金会建立了一个国际机制，对青蒿素化合物和青蒿素混合疗法药品的制造商进行资格预审。把符合国际建议标准的产品和制造商列入一个名单公布，作为所有参与采购青蒿素混合疗法药品的联合国机构和其他人士的指南。到目前为止，青蒿素混合疗法药品（蒿甲醚-苯芴醇（Coartem®）的一家制造商和青蒿琥酯片的两家制造商已经通过资格预审。现在需要扩大疗法的选择，加强生产商之间的竞争，增加全球融资，并制订在国家一级筹措保健资金的适当政策。

22. 需要新的抗疟药物，取代因寄生虫抗药性而失效的药物。投资于研制治疗疟疾之类穷人疾病的药物，利润率很低，不是制药业的优先考虑。意识到这一点，在 2001 年创立了一个非营利性公私合办基金会，称为疟疾新药研发公司。下文第 44 段详述该基金的工作。

23. 2005 年 4 月，被忽视疾病药物研发倡议和 Sanofi Aventis 公司宣布了两种固定剂量的青蒿素混合疗法新药——甲蒿琥酯与阿莫地奎和甲蒿琥酯及美爾奎寧混合而成——的研制和申请资格预审的计划。它们的目的是在 2005 年底或 2006 年初之前，提出第一份销售许可证申请书。这两个伙伴声称，新的复合剂将比现有的青蒿素混合疗法药品便宜。

24. 合理使用寄生虫诊断法，可以减少抗疟药物的开支。由于缺少技术熟练的人员，许多疟疾流行国家还没有使用显微镜诊断法。最近已有一些简单快速的诊断

检测法可供采用。卫生组织和减疟伙伴正致力于建立这些产品和服务的质量保障，并制订一个作业研究纲要，来评估在提供服务层面使用这些产品和服务的可行性和成本效益。目前，特别是在非洲，大多数疟疾病例是在家中发现，并使用非正规医疗机构取得的药物来治疗。儿童基金会/开发计划署/世界银行/卫生组织的热带病研究和培训特别方案支持的研究工作表明，“疟疾家中调理法”，即包括教育母亲、培训社区医护人员和供应预先包装优质药品在内的一揽子办法，可降低疟疾的死亡率和发病率。这个一揽子办法应在疟疾高度传播地区充分实施，以保证及早得到迅速和有效治疗。一些非洲国家境内的项目，试图证实在疟疾家中调理法的范围内使用青蒿素混合疗法药品，是可行的，可接受的，有疗效的。

五. 疟疾病媒控制的覆盖率

25. 根据家庭调查，[1] 在非洲国家，驱虫蚊帐的覆盖率有所扩大。促成这种改善情况的因素是：(a) 国家和国际基金的投资增加；(b) 大多数非洲政府对床用蚊帐、制造蚊帐材料和杀虫剂征收的税费和关税趋于合理；(c) 2002 年以来，若干国家开始向 5 岁以下儿童和孕妇免费提供驱虫蚊帐，或在价格上给予高额补贴；(d) 驱虫蚊帐的社会营销和提高其本地产量。非洲使用蚊帐情况的调查表明，人口的 10％到 30％使用未涂药剂的蚊帐，使用驱虫蚊帐的比例更低。

26. 减疟伙伴关系集中作出巨大努力，确定如何以最有效的方式向脆弱人口提供驱虫蚊帐。经验表明，发放蚊帐或蚊帐票券的工作可与产前护理和/或扩大免疫方案的服务顺利地结合起来。在 11 个西非国家，儿童基金会支持的儿童生存与发展加速方案显示，通过此类例行服务，婴儿和孕妇使用驱虫蚊帐的覆盖率大大提高了。在加纳、赞比亚以及最近在多哥，麻疹免疫接种与发放驱虫蚊帐两种工作结合起来，非常成功地迅速提高了脆弱群体使用驱虫蚊帐的覆盖率。几个制度结合而成的一种办法使各国能迅速实现其驱虫蚊帐覆盖率的短期指标。经验表明，驱虫蚊帐的发放刺激对免疫和产前护理服务的需求，并提高其覆盖率。[2] 与这两种服务或其中之一相结合，还可通过社会营销来实现，即经由产前诊所向孕妇和儿童提供高补贴的蚊帐。马拉维利用这一办法，使驱虫蚊帐的覆盖率估计达到 55％的家庭，同时确保公平实施。提高驱虫蚊帐覆盖率的方案还可包含其他疾病的防治工作，例如消除淋巴丝虫病、除寄生虫和发放微营养素补充剂。

27. 长效驱虫蚊帐在 4 到 5 年期间无须再涂药剂，仍然有效，是一项重大的发明，有助于持续扩大疟疾预防工作的规模。这类蚊帐的价格已经降低到大约 5 美元。选用这类蚊帐，比起常规的驱虫蚊帐更具成本效益。这类蚊帐目前约占非洲国家向全球基金申请的床用蚊帐的 80％，并占双边和其他资金来源出资提供的所有蚊帐的 90％。2004 年以来，对长效驱虫蚊帐的需求迅速增加，现在供不应求，一些国家目前采购这种蚊帐，要等候好几个月。非洲第一个生产这类蚊帐的工厂，

接受减疟伙伴所设计的技术的转让，2004 年 11 月在（坦桑尼亚联合共和国）阿鲁沙正式开张。需要更加努力加强在非洲当地生产驱虫蚊帐的能力。

28. 室内滞留长效喷洒是控制疟疾病媒的极有效方法，在需要急速见效时特别有用，尤其是在流行病和其他紧急情况下。这种方法是南部和东部非洲将近半数疟疾流行国家以及亚洲和拉丁美洲大多数疟疾流行国家防治疟疾的国家战略的组成部分。亚洲和美洲国家在许多地方病流行地区试图以驱虫蚊帐替代室内滞留长效喷洒，但是越来越多的非洲国家目前却在流行病高发区采用这种方法控制蚊虫。

29. 《关于持久性有机污染物的斯德哥尔摩公约》缔约方会议 2005 年 5 月 2 日至 6 日在乌拉圭举行了第一次会议。会议注意到，目前使用 DDT 控制病媒的国家需要采取这种做法，直至有其他适当而具有成本效益的方法可用为止。会议还敦促加强各国的能力，以切实评估使用 DDT 及其替代物的影响，还请该公约的财务机制，支持努力研制和使用具有成本效益的 DDT 替代物（例如室内滞留长效喷剂、长效驱虫材料和非化学品替代物），并请其他国际金融机构给予支持。

六. 孕妇和婴儿的疟疾

30. 据估计，由于妊娠期感染恶性疟原虫疟疾，非洲每年有 1 万孕妇和 20 万婴儿死亡。妊娠期感染疟疾增加自然流产、死产、早产和出生体重偏低的风险。此外，在低传播或季节性传播地区，很少或没有进行疟疾免疫接种的孕妇，越来越有可能死于疟疾并发症。同时感染艾滋病毒，会加剧妊娠期疟疾的所有症状。世界卫生组织建议采取三管齐下的战略来降低疟疾对孕妇的影响：(a) 在恶性疟原虫疟疾中高感染率地区，对隐形疟疾感染采用间歇性预防治疗；(b) 使用驱虫蚊帐；(c) 疟疾病患迅速获得有效治疗。间歇性预防治疗现在是“更安全妊娠”战略的构成部分，非洲地区已有 24 个国家采用它作为政策。其中至少有 11 个国家正在执行这个政策，涵盖其中 6 个国家 50％以上的行政区。目前，周效磺胺是唯一有充分数据证明用做间歇性预防治疗法的疗效和安全性的抗疟药物。疟疾寄生虫对这种药品的抗药性日益加强，因此迫切需要对间隙性预防治疗所用的其他抗疟药物进行评估。

31. 东部和南部非洲 5 个国家（肯尼亚、马拉维、乌干达、赞比亚和坦桑尼亚联合共和国）成立了一疟疾方案和生殖保健方案联盟（东部和南部非洲妊娠期防疟联盟），通过疟疾方案和生殖保健方案之间的合作降低妊娠期间疟疾的影响。这些国家将疟疾纳入妊娠控制方案，所得经验已经编成文件，与该区域其他国家分享。西非次区域国家建立了一个类似的伙伴关系，称为西非防治妊娠期疟疾网络。目前正在制订妊娠期疟疾方面的执行准则以及一个监测和评估框架。

32. 重度疟疾贫血对居住在非洲疟疾流行区域的儿童造成重大的损害，婴儿首当其冲，死亡率最高。坦桑尼亚提供的证据表明，出生后 2、3 和 9 个月接受例行

免疫接种而无症状的婴儿注射治疗剂量的周效磺胺，可使疟疾和贫血发病率至少降低 50%。对儿童实施间歇性预防治疗，作为可能的疟疾防治战略很有成功希望，因为可以通过扩大免疫方案做到持续供药。然而，需要先从各种各样的流行病环境取得更多证据，证明其安全有效，然后才能建议将这一战略纳入国家疟疾防治政策有一个研究团体，与卫生组织和儿童基金会合作，在比尔·盖茨和梅林达·盖茨基金会的支助下，正在处理这些问题。

33. 联合国基金会和加拿大国际开发署采取主动行动，建立广泛协作迅速扩大规模，以确保撒哈拉以南非洲地区的所有孕妇和五岁以下儿童（将近 1.2 亿人）都能得到疟疾的有效预防。公私部门的利益攸关者 2005 年 6 月在日内瓦举行了第一次会议。

七. 疟疾流行病和复杂的紧急情况

34. 全球疟疾死亡人数，估计有 30%以上发生在受复杂的紧急情况影响的国家。目前，非洲有 16 个国家正面临复杂的紧急情况或大规模难民危机，有 26 个国家（包括尼日利亚、刚果民主共和国、苏丹和埃塞俄比亚等大国）被视为“脆弱国家”。人口移动和流离失所、营养不良和合并感染增加脆弱程度、住房简陋甚至没有住房、保健服务单位的瓦解、医疗卫生机构之间协调不力、继续不断的冲突限制出入交通、环境恶化加剧病媒滋生，所有这些都促成受影响人口的疟疾问题加重。在复杂的紧急情况中，需要采用特别调整的战略防治疟疾。2004 年 11 月，卫生组织与主要伙伴举办了一次磋商会议，会议期间，针对严重而和旷日持久的紧急情况制定了若干有真凭实据的最佳做法。这次会议有一个发人深省的结论，就是：如要降低死亡率，在紧急情况存在期间，就绝对必须免费向用户提供各种服务，以降低死亡率。作为这次会议的后续行动，在 2005 年建立了紧急情况中疟疾问题网络。卫生组织还支持各国和各机构制定指导方针、推动各伙伴制定国家战略计划，包括向全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金提出建议，并派经验丰富的国际人员分驻各国，借以实施有效的疟疾防治。为使公共卫生取得最佳的成果，除在国家一级提供资金之外，还需要提供适当的技术咨询和援助，以资配合。

35. 目前，非洲有多达 1.44 亿人住在面临疟疾流行危险的地区。仅在非洲，流行病每年就在各种年龄的人当中造成多达 1 200 万个疟疾病例，15.5 万至 31 万人死亡。由于资源不足以应付感染疟疾人口日常需要的治疗，各国很难拨出资源应付流行病，而流行病在本质上是不容易预测的。为防治疟疾流行病，卫生组织支持努力改进防备、及早发现和有效及时的应对机制，包括部署采用遥感技术的疟疾预警系统。有 8 个非洲国家（厄立特里亚、埃塞俄比亚、肯尼亚、马里、尼日尔、塞内加尔、乌干达和赞比亚）向全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金提出的申请书中，列入具备气候和脆弱性监测功能的疟疾预警系统。在非洲 25 个流

行病高发国家，至少有 15 个国家目前通过监控地点进行每周一次的疾病监测。卫生组织的疟疾流行病防治准则可供应用。减少疟疾/萨赫勒项目将绘制西非广大地区的流行病危险区和气候变化图。

八. 能力加强和人力资源

36. 大多数疟疾流行国家，尤其是撒哈拉以南非洲国家，其保健系统都不足以承担对疟疾和其他高危疾病采取有效干预措施的任务。该区域的国家由于人力资源、知识和能力不足以扩大干预规模并评估其结果，面临种种挑战。能力建设工作应侧重适当诊断和病例调理服务、流行病学和业务知识以及监测和评估。为了妥善规划和实施病媒控制，需要掌握病媒综合管理的一系列技术和技能，并辅以各种管理技能。病媒控制方案也需要建立自身的能力，以便争取其他保健方案、社区、私营部门和非政府组织参加。

37. 为了响应国际支持和资金日渐增多的情况，卫生组织和其他伙伴支持各国申请和运用全球基金的赠款和其他捐助者提供的资源。疟疾流行国家始终都在调整其方案，从战略规划转向保健系统建立大规模执行的能力。

38. 卫生组织的能力建设活动集中在通过培训、强化体制和建立网络来创造有利环境。过去两年来，培训了 24 个以上的非洲国家的国别方案官员。国际和国家疟疾防治的在职培训课程，已参考目前的知识差距和干预战略，加以审议和扩展。

39. 现已在马拉维和卢旺达研制并试验一项能力评估工具，以协助进行战略规划并确定优先事项，东地中海区域其他国家也在进行类似的评估。

40. 目前正在研制一个行政区疟疾防治工具包，将所有与疟疾有关的活动并入其他重要保健方案。这一产品将着眼于增强行政区保健小组的能力。

九. 研究与发展

41. 自从发起减疟倡议以来，在疟疾问题研究与发展方面的全球投资稳步增加。专项研究与发展方案，例如儿童基金会/开发计划署/世界银行/卫生组织热带病研究和培训特别方案（热带病方案），继续与卫生组织减疟司密切合作发挥功能。其他重要研究伙伴包括比尔·盖茨和梅琳达·盖茨基金会，及其全球保健倡议重大挑战行动；目前设在瑞典并在非洲继续建设研究能力的疟疾问题多边倡议；疟疾新药研发公司和疟疾疫苗倡议。

42. 在药物研究领域，热带病研究和培训特别方案继续进行其在青蒿素混合疗法方面的工作，在直肠用青蒿素上也取得了巨大进展，可用于重度疟疾的紧急治疗。直肠用青蒿素已经在制药业投入生产，可向各国供应，这种产品必要进行的注册工作现已大致完成。

43. 热带病研究和培训特别方案目前正在评估疟疾不用显微镜的快速诊断方法的用途。快速诊断检测预料可以用于预测和跟踪流行病的蔓延情况并监测治疗情况，借此更有效地使用抗疟药物。与卫生组织西太平洋区域办事处合作，研订出此类检测效果的数学模式，草拟了详尽计划，通过疟疾参考资料中心网络确保检测质量。研制工具包，根据药物过敏的试管检验和通过聚合酶链反应进行的寄生虫基因组分析，侦查和监测抗药性，这项工作已接近完成。这项研究在修订卫生组织抗药性监测政策的准则方面，已经发挥效用。

44. 在遗传学方面，特别方案侧重于研究如何更好地利用基因信息研制药品、疫苗和诊断法。方案还探讨从冈比亚按蚊序列衍生而来的实用基因组学研究，以及使用转变基因蚊虫防治疟疾所牵涉的道德、法律和社会问题。2004 年的成果包括查明了若干免疫反应基因，可专用于抑制蚊虫体内疟疾寄生虫的增长。

45. 疟疾新药研发公司是一个非营利性组织，专为疾病流行国家的人口发明、研制并运送抗疟药物。该公司与世界各地的公营和私营制药、生物技术和研究机构伙伴合作，其目标是研制安全、有效、廉价的抗疟药物，使成年人每次治疗费用低于一美元，使尽量多的疟疾患者蒙受其利。该公司优先研制本身“货物成本”低微的药物，一方面注重过程简单的化学方法，另一方面在成本比较合理的地区制药。该公司有 20 多个在建工程项目，目前掌管有史以来最大规模的抗疟药物研究工作。目前，有 7 种新药正在临床试验，其中两种已经进入大量、最后阶段的疗效试验。到 2007 年底，可能有一种新的抗疟综合疗法供人采用。

46. 尽管经过数十年的研究，有效疟疾疫苗的研制工作始终都比预想的要更为复杂。疟疾基因组的图谱显示有 5 000 多种潜在目标抗原，尽管在寄生的人体中能引发关键的保护性免疫反应的抗原至今还不能确定。目前仍然需要充分了解疟疾的保护性免疫机制，才能指导疫苗研制的决定。没有这种了解，疫苗研制工作基本上仍是全凭经验，必须在疾病流行国家经过疗效试验来进行。卫生组织的疫苗研究倡议和特别方案合力支持各种活动，一面帮助加强这种全凭经验的办法，同时寻求从生物学角度来理解和认识保护性免疫机制。鉴于有效的疟疾疫苗对公共卫生可能产生的影响和惠益，公私部门应增加在疟疾疫苗研制方面的投资，并加强研究人员、机构、疫苗研制者和供资机构之间的合作，以应对这一全球性的挑战。

十. 阿布贾会议各项目标的进展

47. 卫生组织非洲区域办事处发表的《阿布贾宣言》行动计划执行情况的初步报告表明，所有接受调查的国家（39 个）都报告说，它们订有全国保健政策。大多数国家（92％）订有行政区保健计划，这些计划反映全国保健政策。另外，97％的国家有整套的干预措施（包括防疟措施），有 70％的国家正在 80％以上的保健设施中执行这些措施。

48. 在有资料可查的 34 个非洲国家中，全国保健支出占政府预算的 1%至 20%不等，中位数为 8%。只有一个国家（津巴布韦）达到或超过了 2003 年 7 月的《马普托宣言》的目标，非洲联盟在该宣言中承诺把政府预算至少 15%拨给医疗保健。只有三分之一的国家提供了资料，说明其医疗保健预算在初级、二级和三级保健之间的分配情况。医疗保健预算拨给初级保健的款项从 17%至 54%不等，中位数为 32%。另一方面，医疗健康预算拨给二级和三级保健的款项分别为 10%至 60%（中位数为 22%）和 10%至 46%（中位数为 25%）。

49. 所有非洲国家都订有全国抗疟治疗政策。1998 年以来，大约有三分之二的国家修改了它们的全国抗疟治疗政策，以应对恶性疟原虫疟疾出现的抗药性。修改全国抗疟治疗政策的国家当中，有 65%的国家是在《阿布贾宣言》通过之后修改其政策。到目前为止，有 34 个非洲国家采用了卫生组织建议的青蒿素混合疗法。此外，大多数国家（超过 80%）订有治疗方案，规定将重症病人从一线设施转到医疗保健系统更高级别设施接受治疗。大多数国家（92%）采用综合疾病监测和反应系统，其中包括疟疾。然而，在采用该系统的 31 个国家中，只有一半的国家进入执行阶段。所有疟疾流行国家都订有儿童疾病综合管理方案。

50. 1998 年至 2004 年期间，在非洲国家进行了 35 次人口和保健调查或多指标类集调查。调查结果显示，5 岁以下报称发烧并接受抗疟治疗的儿童的百分比从 3%至 69%不等，中位数为 50%。然而，大多数抗疟治疗法都不能视为有效。2001 年，调查表明，在调查前一夜，只有 3%的 5 岁以下儿童睡在驱虫蚊帐里。鉴于最近扩大驱虫蚊帐的发放工作，目前的覆盖率很可能大大提高。

十一. 监测与评估

51. 卫生组织和儿童基金会 2005 年发表第一份《世界疟疾报告》，提供了最新信息，说明流行病学的现状和在全世界所有疟疾流行国家进行防治工作的进展，并说明国际社会提供的支持。各项数据主要来自 1998 至 2003 年期间，提供了一个基准，据以评估截至 2005 年和 2010 年的进展情况。

52. 2003 年，设立了监测和评价咨商小组，作为减少疟疾伙伴关系的一个咨询机构，由卫生组织和儿童基金会共同主持。该小组继续建立若干有效的系统，以切实监测疟疾状况并评估减疟措施的效率。该小组按五个重点问题分别设立了工作队：(a) 疟疾死亡率趋势；(b) 疟疾流行指标；(c) 与疟疾有关的贫血症；(d) 加强国家对各项减疟活动的监测和评估能力；(e) 以人口为基础的调查。2004 年研制了一个疟疾指标调查工具。该小组及其工作队提交的一切会议报告都可以在减少疟疾伙伴关系网站（www.rollbackmalaria.org）上查阅。

53. 2005-2006 年的多指标类集调查预期包括 46 个疟疾流行国家，将为评估 2005 年阿布贾指标的实现情况提供重要指数。该一数据将在 2006 年公布。

十二. 结论和建议

54. 2005 年 1 月，联合国千年项目发表了一份报告，该报告由千年项目的艾滋病毒/艾滋病、疟疾、结核病及获得基本药品问题项目工作队的疟疾问题工作组编写，题为“在新的千年与疟疾搏斗”。报告提请注意，疟疾防治是综合发展框架的一个组成部分，对减贫起到关键作用。报告指出，在发起减疟倡议五年之后，由于缺乏资源，在国家一级实施防治疟疾的努力受到严重限制。虽然 2003 年以来，由于全球防治艾滋病、结核病和疟疾提供更多资源用于疟疾防治，情况有所改进，但必须调动更多资源以满足需要。报告指出下述一系列问题供采取优先行动：

(a) 制定现实和可测量的疟疾指标。因为《千年发展目标》所订疟疾指标——在 2015 年以前遏制并开始扭转疟疾的发病率——很难测量和解释，疟疾问题工作组提出了一个较易测量的指标：在 2015 年以前将疟疾发病率和死亡率从 2005 年基准水平降低 75%。建议的指标和时限与改善产妇保健和降低儿童死亡率的千年发展目标是一致的，因为 5 岁以下儿童和孕妇最容易感染疟疾；

(b) 扩大在国家和全球两级的承诺；

(c) 加强国家和行政区两级的保健系统；

(d) 开发人力资源，促进方案执行；

(e) 促进社会动员和社区参与；

(f) 提供有效的抗疟供应品和商品。抗疟药品、驱虫蚊帐、室内滞留长效杀虫喷剂（主要是 DDT 和除虫菊酯）应视为公益品，向疟疾流行地点的居民免费发放；

(g) 应用整套综合干预措施。疟疾问题工作组赞同联合国千年项目题为“投资于发展”的报告中描述的迅速致胜倡议，尤其是在 2007 年以前向疟疾流行地区所有儿童分发驱虫蚊帐。因为这个办法具有拯救生命的极大潜力，尤其是在撒哈拉以南非洲，工作组认为，实现驱虫蚊帐对儿童的 100%覆盖率，这一指标应成为国际社会的当务之急。此类综合战略将促进幼年儿童的认知发展和入学率；

(h) 扩大国家一级的疟疾防治努力；

(i) 促进社会和经济发展。抗疟干预战略，虽然主要目标是减少与疟疾有关的死亡率和发病率，但同样也要促进社会和经济发展。可持续性要求设计战略，在可能创造财富或促进社会发展的地点消除疟疾的传播。创造财富的地点包括旅游、采矿、制造业以及港口设施所在地。在学校和行政中心促进社会发展；

(j) 将疟疾防治方法纳入学校课程；

(k) 建立监测系统，及早发现疟疾流行病；

(l) 促进疟疾防治方面的伙伴关系；

(m) 确保人们负担得起最新发明的医药和治疗方法。制定妥当政策，应付因药品和其他必要商品价格急剧上涨对健康安全造成的威胁。为保护贫穷国家免受此类威胁，有关的政策应考虑建立国家专利制度，确保人们负担得起最新发明的医药和治疗方法。还需要国际社会承诺放宽与贸易有关的知识产权协定在适用于保健部门时的种种限制；

(n) 投资于疟疾防治手段的研究与发展。

55. 2005 年 5 月，第五十八届世界卫生大会审查了世界上疟疾现状和减疟努力，继而通过了第 58/2 号决议，敦促卫生组织会员国：

(a) 制定国家政策和实施计划，以确保有 2010 年以前至少 80％的疟疾高危的人或患者，按照世界卫生组织的技术建议，能接受主要的预防和治疗干预措施，从而在 2010 年和 2015 年之前至少使疟疾流行程度分别减少 50％和 75％；

(b) 评估和满足卫生系统各级综合人力资源的需要，以实现《非洲减疟阿布贾宣言》中的指标和《联合国千年宣言》中国际商定的发展目标；并采取必要步骤以确保招聘、培训和保留卫生人员；

(c) 进一步扩大对疟疾活动的财政支持和发展援助，以便实现上述指标和目标，特别是向儿童基金会/开发计划署/世界银行/卫生组织热带病研究和培训特别方案提供支持，借以鼓励和促进研制新手段，加强疟疾防治工作的效率；

(d) 确保财政方面的可持续性，在疟疾流行国家增拨国内资源用于防治疟疾，并创造有利条件，以便与私营部门合作，增加取得优质疟疾服务的机会；

(e) 快速扩大预防工作，其方法是采取迅速而具有成本效益的措施，包括专为脆弱人群提供免费或高补贴物资和药物，旨在确保至少有 60％的孕妇获得间歇性预防治疗，并在选择驱虫蚊帐为病媒控制方法的地区，至少有 60％的高危人群使用这种蚊帐；

(f) 如当地情况需要采用室内滞留长效杀虫喷剂，支持采用这种干预措施；

(g) 在病媒控制及其他预防行动上，争取社区参与和多部门合作；

(h) 发展或加强国家间合作，以防阻疟疾跨越共同边界和人口流动路线进行传播；

(i) 鼓励公共和私营部门在各级，尤其是在教育方面，进行部门间合作；

(j) 支持扩大接受青蒿素混合疗法的机会，包括拨给新资金，建立新机制，筹资并帮助和国家采购青蒿素混合疗法药品，扩大青蒿素的生产以满足增加的需要；

(k) 支持研制预防和治疗疟疾的新药，特别为儿童和孕妇所需新药；敏感和专门的诊断测试；有效的疫苗；新的杀虫剂和使用方法，以加强疗效并推迟抗药性的出现，包括通过现有的全球伙伴关系进行上述工作；

(l) 支持协调一致的努力，以改善监视、监测和评估系统，从而更严密地追踪和报告所建议的减少疟疾干预措施覆盖面的变化及随后疟疾流行程度的减少情况。

56. 根据本报告的结论以及千年项目报告和世界卫生大会第 58/2 号决议中所载的建议，兹建议大会吁请：

(a) 疟疾流行国家制定国家政策和实施计划，确保在 2010 年以前至少有 80％的疟疾高危的人或患者，按照世界卫生组织的技术建议，能接受主要的预防和治疗干预措施，从而确保在 2010 年和 2015 年以前至少使疟疾流行程度分别减少 50％和 75％；

(b) 疟疾流行国家评估和满足卫生系统各级综合人力资源的需要，以实现《非洲减疟阿布贾宣言》中的指标和《联合国千年宣言》中国际商定的发展目标；并采取必要步骤以确保招聘、培训和保留卫生人员；

(c) 疟疾流行国家确保财政方面的可持续性，在可能范围内增拨国内资源用于防治疟疾，并创造有利条件，以便与私营部门合作，增加取得优质疟疾服务的机会；

(d) 国际社会通过增加对全球防治艾滋病、肺结核和疟疾基金和其他机制的财政支持，创造条件，使所有受疟疾威胁的人口充分和免费获得作为公益品提供的驱虫蚊帐、防治疟疾的室内滞留长效杀虫喷剂和有效的抗疟混合治疗；

(e) 卫生组织和儿童基金会领导国际社会努力在非洲疟疾流行地区，尽快利用驱虫蚊帐建立对儿童和孕妇的普遍保护，同时适当考虑通过社区的充分参与和保健系统的执行，以确保可持续性；

(f) 受疟疾影响的国家鼓励公共和私营部门在各级，尤其是在教育、农业，经济发展和环境领域，进行部门间合作；

(g) 国际社会支持研制预防和治疗疟疾的新药，特别是儿童和孕妇所需新药；敏感和专门的诊断测试；有效的疫苗；新的杀虫剂和使用方法，以加强疗效并推迟抗药性的出现，包括通过现有的全球伙伴关系进行上述工作；

(h) 国际社会采取协调一致的努力，以改进监视、监测和评估系统，从而更严密追踪和报告所建议的减少疟疾干预措施覆盖面的变化及随后疟疾流行程度的减少情况。

注

[1] 《2005 年世界疟疾报告》(WHO/HTM/MAL/2005.1102)，第二节，表 6。

[2] Grabowsky, M 等人合著，“在实施麻疹免疫接种时发放驱虫蚊帐：一种以低成本实现很高而公平高覆盖的方法”，《世界卫生组织公报》，2005 年 3 月，第 83 卷第 3 号。