

世界卫生组织《2008年世界疟疾报告》 (WHO/HTM/GMP/2008.1) 摘要和要点

摘要

据估计, 2006年全球处于疟疾风险的33亿人群中, 有2.47亿人患疟疾, 其中将近100万人死亡, 绝大多数为5岁以下的儿童。2008年, 有109个国家发生疟疾流行, 其中45个是世卫组织非洲区域的国家。

目前联合使用的抗疟疾工具和方法包括: 长效驱虫蚊帐和以青蒿素为基础的联合治疗, 辅之以杀虫剂的室内滞留喷洒并对孕妇开展间歇性预防治疗。尽管蚊帐的供应量已大幅度上升, 特别是长效驱虫蚊帐在非洲的供应, 但是, 2006年蚊帐的供应在几乎所有国家均仍远低于需求。通过公共卫生服务系统购买的抗疟疾药物的数量已急剧增加, 但是, 据2006年调查, 抗疟疾治疗的可及性, 特别是以青蒿素为基础的联合治疗可及性, 在所有被调查国中仍不够。

2006年的家庭调查结果显示, 所有干预措施的覆盖率都远远低于世界卫生大会设立的80%的

目标: 至少拥有一顶经杀虫剂处理的蚊帐的家庭覆盖率仅为34%; 仅有23%的儿童和27%的孕妇在驱虫蚊帐里睡觉; 发热的儿童有38%能获得抗疟疾药物, 但仅3%可获得以青蒿素为基础的联合治疗; 仅18%的孕妇获得间歇性预防治疗。尽管已确定向疟疾的高危人群广泛开展杀虫剂室内滞留喷洒, 但是仅有5个非洲国家报告该措施的家庭覆盖足够保护至少70%的高危人群。

尽管干预措施及其效果之间的关系尚未明确, 但在45个非洲国家/地区当中至少有7个人口较少、监测系统较好和干预措施覆盖率较高的国家/地区, 2006-2007年疟疾病例和死亡病例数在2000年基础上均减少了50%以上。2006-2007年期间, 在全球其它区域的64个国家当中, 至少有22个国家的疟疾病例数减少了50%。因此常规监测数据显示, 全球109个国家当中至少29个国家正在按计划实现到2010年减轻疟疾负担的目标。

要点

背景

在最新一代有效的预防和治疗工具及方法的基础之上,正在重新努力控制全球范围内的疟疾,在一些国家逐步消灭疟疾。

1. 长效杀虫蚊帐和以青蒿素为基础的联合治疗方法的出现,以及杀虫剂的室内滞留喷洒的重新使用,为大规模疟疾控制行动提供了新的机遇。
2. 为了加速疟疾控制进展,2005年世界卫生大会制定了四项关键干预措施,覆盖率要达到或超过80%的目标:为危险人群提供驱虫蚊帐;为疑似及确诊的疟疾患者提供适当的抗疟疾药物;对危险家庭使用杀虫剂的室内滞留喷洒;对孕妇给予间歇性预防性治疗。世界卫生大会进一步特别指出,这些干预措施应在2000年至2010年期间使疟疾病例和死亡病例减少至少50%;在2005年到2015年期间减少至少75%。
3. 《2008年世界疟疾报告》使用了来自常规监测(约100个疟疾流行国家)和家庭调查(约25个国家,主要在非洲)的数据,以衡量到2006年所取得的成就,以及2007年和2008年疟疾控制在某些方面的进展情况。该报告由5个主要章节、30个国家的简介和7个附件组成,描述了:(a)据估计2006年109个疟疾流行国家及地区的疟疾病例负担;(b)各国、各区域以及全球范围内对世卫组织推荐的疟疾控制政策和策略的采纳情况;(c)执行控制措施方面所取得的进展;(d)用于疟疾控制的经费来源;以及(e)干预措施能减少疟疾病例和死亡病例的最新证据。

2006年各国、各区域及全球的疟疾负担

2006年全球一半人口受到疟疾的威胁,据估计有2.5亿疟疾病例,造成将近100万人死亡。

4. 据估计2006年有33亿人口受到疟疾的威胁。其中21亿人口面临低度风险(每千人口报告病例数少于1例),而其中的97%生活在非洲以外的区域。12亿人群面临高度风险(每千人口报告病例数大于或等于1例),这些人绝大部分居住在世卫组织非洲区域(49%)和东南亚区域(37%)。
5. 2006年据估计有2.47亿疟疾病例,不确定度区间(第5到第95百分位数)很宽,从1.89亿到3.27亿病例。其中86%的病例,即2.12亿(1.52—2.87亿)例发生在非洲区域。非洲80%的病例集中在13个国家,超过50%的病例集中于尼日利亚、刚果民主共和国、埃塞俄比亚、坦桑尼亚联合共和国和肯尼亚等国。非洲区域以外的疟疾病例,80%集中于印度、苏丹、缅甸、孟加拉、印度尼西亚、巴布亚新几内亚以及巴基斯坦等国。
6. 2006年据估计有881 000 (610 000-1 212 000)人死于疟疾,其中91% (801 000人,范围从520 000至1 126 000人)发生在非洲,85%为5岁以下的儿童。
7. 疟疾发病率的估计数字部分是根据各国疟疾控制规划报告的病例数估算的。在大多数国家,这些病例报告数据都是远非完善的。2006年各国疟疾控制规划报告的疟疾病例总数

是9400万例，即全球疟疾病例估计数字的37%。实际上由各国疟疾控制规划发现的疟疾病例所占比例要低于37%，因为某些国家报告的疟疾病例包括临床作出诊断但实际不是疟疾的病例。各国疟疾控制规划报告了301000例疟疾死亡病例，占2006年全球疟疾死亡病例估计数的34%。

疟疾控制政策和战略

各国疟疾控制规划已采纳了许多由世卫组织推荐的关于预防和治疗政策，但是各国和各区域采纳的政策有所不同。

- 截至2006年底，非洲区域几乎所有45个国家都已采纳了向儿童及孕妇免费提供驱虫蚊帐的政策，但仅16个国家致力于覆盖处于疟疾风险的所有年龄组人群。东南亚和西太平洋区域使用驱虫蚊帐的国家所占比例也很高，但是在世卫组织的其它三个区域则很少有国家使用驱虫蚊帐。
- 疟疾传播严重的疫源地广泛使用室内滞留喷洒杀虫剂的方法。室内滞留喷洒也是欧洲区域最主要的媒介控制方法。在非洲、美洲和东南亚使用室内滞留喷洒方法的地区则少一些，而在西太平洋区域使用该方法的地区最少。
- 截至2008年6月，全球除了4个国家及地区外，所有国家都已把以青蒿素为基础的联合治疗作为治疗恶性疟原虫疟疾的一线治疗方案。东南亚区域的10个国家中有8个国家向患者免费提供青蒿素联合治疗，但在其它区域免费提供青蒿素联合治疗的国家比例较低。
- 仅非洲区域系统地孕产妇提供间歇性预防治疗。截至2006年底，45个非洲国家中有33个国家已经把间歇性预防治疗作为国家的政策。

疟疾预防

尽管蚊帐的供应量已大幅度地提高了，特别是在非洲长效驱虫蚊帐的供应，但在大多数国家蚊帐的供应仍低于需求。

- 从2004年到2006年，在非洲、东南亚和西太平洋区域这三个最经常使用蚊帐的区域，普通驱虫蚊帐的供应量增加甚微。但相反的是，非洲区域各国长效驱虫蚊帐的供应量则大幅度地提高了，2006年达到了3600万顶。
- 但是，根据国家疟疾控制规划对驱虫蚊帐供应量的记录，到2006年非洲区域仅有6国蚊帐（驱虫蚊帐包括长效驱虫蚊帐）供应量充足，可覆盖至少50%危险人群。这6个国家是埃塞俄比亚、肯尼亚、马达加斯加、尼日尔、圣多美和普林西比以及赞比亚。
- 2006年非洲区域有18个国家开展了全国家庭调查，调查结果显示驱虫蚊帐（包括长效驱虫蚊帐）拥有率和使用率相对较高的国家有埃塞俄比亚、尼日尔、圣多美和普林西比以及赞比亚。家庭成员（儿童和孕妇）在驱虫蚊帐里睡觉的比率明显低于拥有1顶驱虫蚊帐的家庭比率。各国驱虫蚊帐拥有和使用情况相差较大：在科特迪瓦仅6%的家庭至少拥有1顶蚊帐，而在尼日尔则为65%。根据调查结果，18个国家的平均驱虫蚊帐覆盖率远低于世卫组织订立的80%的目标：34%的家庭拥有1顶驱虫蚊帐，23%的5岁以下儿童和27%的孕妇在驱虫蚊帐里睡觉。
- 在非洲以外的其它区域，通常是向高危人群提供驱虫蚊帐。尽管目标人群的总数未知，国家疟疾控制规划数据显示不丹、巴布亚新几内亚、所罗门群岛及瓦努阿图等国的驱虫蚊帐的覆盖率相对较高（覆盖超过20%的所有危险人群）。
- 室内滞留喷洒也是全球各区域主要使用的预防疟疾的手段。在非洲区域，国

家疟疾控制规划数据显示博茨瓦纳、纳米比亚、圣多美和普林西比、南非和斯威士兰等国的室内滞留喷洒覆盖了70%以上的危险家庭。而在全球其它区域,只有不丹和苏里南两国室内滞留喷洒的覆盖率较高(覆盖了超过20%的高危人群)。

疟疾治疗

根据2006年调查结果,从2001年至2006年,通过公共卫生系统购买抗疟疾药物的数量大幅度增加,但抗疟疾治疗的可及性,特别是以青蒿素为基础的联合治疗的可及性,在所有被调查国中都是不够的。

17. 据国家疟疾控制规划报告,从2001年到2006年,通过公共卫生系统购买抗疟疾药物的数量大幅度增加。特别是,青蒿素联合治疗药物2005年购买量为600万服,2006年增加到4900万服,其中非洲占4500万服。上述由国家疟疾控制规划估计的数字可能低于实际使用量,此外,青蒿素联合治疗药物的确切消耗量不详。
18. 根据国家疟疾控制规划数据,2006年只提供了1600万次快速诊断检验,其中非洲国家1100万次,相对疟疾病例数而言这个数量非常少。
19. 以疟疾病例估计数衡量潜在的药物需求,与通过公共卫生系统(通过国家疟疾控制规划)实际供应的药物量相比较,2006年非洲国家抗疟疾药物供应最好的国家是博茨瓦纳、科摩罗、厄立特里亚、马拉维、圣多美和普林西比、塞内加尔、坦桑尼亚联合共和国及津巴布韦等国。在这些国家中,厄立特里亚、圣多美和普林西比、坦桑尼亚联合共和国的青蒿素联合治疗药物的供应也相对较好。
20. 但是,根据国家家庭调查数据,2006年和2007年调查的18个非洲国家中无任何一国的高危人群可获得充足

的抗疟疾药物。只有贝宁、喀麦隆、中非共和国、冈比亚、加纳、乌干达及赞比亚等国,超过50%的发热儿童可获得抗疟疾药物治疗。无一国的治疗覆盖率达到世卫组织设立的80%的目标,18个国家的平均治疗覆盖率为38%。使用青蒿素联合治疗的比例非常低:儿童的平均覆盖率仅为3%,其中冈比亚最低,为0.1%,赞比亚最高,为13%。

21. 16个国家的家庭调查结果显示,孕妇间歇性预防治疗(磺胺多辛/乙胺嘧啶超过两服)使用最频繁的国家包括冈比亚、马拉维、塞内加尔和赞比亚(覆盖率33—61%),这16个国家平均为18%。
22. 在非洲以外的其它区域,抗疟疾治疗的可及性较难判断:这些国家的家庭调查中很少包括关于疟疾治疗的问题;并且正如非洲一样,其国家疟疾控制规划也并未报告私立机构提供的诊疗服务情况。根据国家疟疾控制规划的数据判断,抗疟疾药物供应相对较好的国家包括不丹、老挝人民民主共和国、瓦努阿图和越南。

筹集疟疾控制经费

2006年疟疾控制经费多于往年,但是根据国家疟疾控制规划预算仍无法判断哪些国家已具备充足的疟疾控制经费。

23. 根据2006年国家疟疾控制规划数据,非洲区域疟疾控制经费多于任何其它区域,2004年至2006年疟疾控制经费的增幅大于其它任何区域。2006年非洲区域报告的疟疾控制经费总额为6.88亿美元,这个数字肯定低于实际数字,因为45个国家当中仅26个国家递交了报告。在26个递交报告的国家当中,平均用于每例(估计的)疟疾病例的经费仅4.6美元,不可能足以实现预防和治疗目标。

24. 据报告, 2004年至2006年非洲国家疟疾控制经费的主要来源是疟疾流行国家的政府经费及抗击艾滋病、结核病和疟疾全球基金。这两种筹资途径是2006年非洲区域和全球疟疾控制的主要经费来源。
25. 世界卫生组织不同区域的疟疾控制筹资途径不同。在美洲、欧洲和东南亚区域, 大部分经费来自疟疾流行国家的政府。而据报在东地中海地区和西太平洋区域, 全球基金是主要的经费来源。西太平洋区域对外部经费依赖最大, 其次是非洲和东地中海区域。非洲区域不同国家所报告的获得外部机构支持的情况最多种多样。

疟疾控制的效果

在非洲和其它区域, 有些国家已实施了预防和治疗疟疾项目, 进展明显, 据这些国家报告, 其疟疾负担已显著减轻。

26. 尽管可以通过重复人口调查来查明寄生虫患病率、贫血、疟疾导致的死亡率或全死因死亡率以评价疟疾控制的效果, 本报告主要还是基于从国家监测报告获得的结论。
27. 在递交了1997-2006年疟疾病例和死亡报告的41个非洲国家中, 对疟疾控制工作的效果最有说明力的证据来自4个国家或这些国家的部分地区, 这些国家及地区相对人口较少, 监测体系较完善, 干预措施的覆盖率较高。这4个国家及地区是厄立特里亚、卢旺达、圣多美和普林西比以及坦桑尼亚联合共和国桑给巴尔地区。与2000年相比, 2006-2007年这4个国家及地区的疟疾负担减轻了50%或50%以上, 达到了世界卫生大会设立的目标。
28. 在具有较高抗疟疾治疗药物人群覆盖率或驱虫蚊帐覆盖率的非洲其它国家, 如埃塞俄比亚、冈比亚、肯尼亚、马里、尼日尔和多哥等, 常规的监测数据并未明确显示疟疾发病率和死亡率出现预期的下降。原因可能是数据不完善, 或是干预措施效果不显著。
29. 纳米比亚、南非和斯威士兰报告其室内滞留喷洒的家庭覆盖率较高, 这三个国家的疟疾病例数相应出现了下降趋势, 这显然是推广了早期运用室内滞留喷洒措施的成功经验。
30. 非洲以外的许多国家的监测报告也显示在1997-2006十年期间, 疟疾病例数呈现下降趋势。世界卫生组织五个区域至少25个疟疾流行国家出现疟疾病例数下降。其中22个国家2006-2007年报告的疟疾病例数比2000年下降了50%甚至更多, 达到了世界卫生大会设立的目标。
31. 美洲、东南亚和西太平洋区域至少6个国家登记报告的疟疾死亡数出现下降。这6个国家是柬埔寨、老挝人民民主共和国、菲律宾、苏里南、泰国和越南。所有这6个国家都正在按计划实现世卫组织设立的到2010年降低疟疾死亡率的目标。
32. 在某些国家, 疟疾病例和死亡数的下降与特别的干预措施相关, 例如柬埔寨、印度、老挝人民民主共和国和越南对高危人群使用驱虫蚊帐。但是, 总体而言, 干预措施和疾病负担减轻两者之间的关联尚不明确, 在大多数国家需要开展更深入的调查研究来判断疟疾控制的效果。
33. 世界卫生组织把消除疟疾的进程划分为四个阶段。截至2008年7月, 109个受疟疾影响的国家/地区按如下划分: 控制阶段(82), 消除前阶段(11), 消除阶段(10), 以及防止复发阶段(6)。2007年1月, 阿拉伯联合酋长国成为自20世纪80年代以来第一个被世界卫生组织证实为消除疟疾的曾流行疟疾的国家, 使得全球消除疟疾的国家/地区增加到92个。

