

Distr.
GENERALA/51/379
19 September 1996
CHINESE
ORIGINAL: ENGLISH第五十一届会议
临时议程* 项目12

经济及社会理事会的报告
对发展中国家、特别是非洲境内的疟疾
进行预防性行动和加强防治工作

秘书长的报告

摘要

特别是在发展中国家，疟疾仍然是极为严重的疾病，并且是这些国家取得社会和经济发展的主要障碍。一般认为疟疾对非洲造成的负担最为沉重，估计全球90%的病例发生在非洲。造成疟疾病例增加的两个主要原因是土地退化和砍伐森林。军事冲突、民间动乱以及国内和国际人口移动也助长了疟疾的传播，因为这些人口群体有大批人迁入疟疾流行区。疟疾本身致使患者的工作能力下降，影响总的生活素质，破坏促进可持续发展的努力。

* A/51/150。

在防治疟疾方面,在国家和国际两级都有重要的发展。目前正在国家一级努力进行能力建设、培训以及药品和疫苗研制工作。在联合国组织系统内,行政协调委员会于1996年初开展了全系统非洲特别倡议,目的在于加强保健系统和社区的能力,在持续基础上减少造成发病率和死亡率的主要因素,包括疟疾,并加强联合国系统各组织之间防治疟疾活动的协调工作。

但是,要实现在2000年以前将至少75%受影响国家的疟疾死亡率比1995年至少降低20%的目标,就必须有效地调集必要的资源。迄今已对控制疟疾作出了政治承诺,但还需继续对执行和评价各项国家行动计划作出更大的承诺。必须加强保健部门、其他政府部门、私营部门和社区本身就减少疟疾采取的协调一致行动。必须加强政府间一级、特别是区域和全球两级为采取协调对策以防治疟疾所作的承诺。将须作出努力,支助全系统所进行的包括将控制疟疾作为优先事项的活动。

目 录

	<u>段 次</u>	<u>页 次</u>
一、 导言		
为何将疟疾列为优先事项.....	1 - 11	4
二、 联合国系统赞同《控制疟疾全球战略和行动计划》.....	12 - 20	6
三、 最近的技术发展.....	21 - 36	7
A. 与各国的技术合作.....	21 - 32	7
B. 研究.....	33 - 36	11
四、 最近的全球政策发展.....	37 - 40	12
五、 结论和建议.....	41 - 44	13

图

1. 疟疾分布和据报的抗药性情况.....	15
2. 疟疾分布和问题地区.....	16

一、导言

为何将疟疾列为优先事项

1. 在最贫穷国家以及在生活于最艰苦最贫困条件下的人当中,疟疾最为猖獗。疟疾在很大程度上助长了疾病--贫穷--疾病这个恶性循环,并促使生活在疟疾流行区的人继续处于边缘境地。土地退化和砍伐森林导致疟疾增加;疟疾降低人的工作能力,破坏当地人民以可持续方式靠土地谋生的努力。疟疾损害儿童的身心理发育,减低通过教育而获得的效益,限制儿童对国家社会和经济增长作出充分贡献的潜力。

2. 根据全球疟疾死亡率和发病率的最新估计,每年有150万至270万人死亡,3亿至5亿人患病;略超过20亿人受到威胁。估计90%的疟疾病例出现在撒哈拉以南非洲,几乎都是恶性疟疾,这种寄生性菌种会使患者病重和死亡。

3. 疟疾是非洲各国面临的最严重健康问题,并且是这些国家取得社会和经济发展的主要障碍。五岁以下儿童和初次怀孕的妇女最容易感染疟疾。在非洲流行病区,疟疾造成几乎25%非洲儿童死亡,半数5岁以下儿童发烧。在非洲新生婴儿当中,估计有300万婴儿由于出生时体重不足而患上并发症,包括由于产妇在怀孕期间感染疟疾死亡。疟疾也是造成幼儿因贫血和营养不良而死亡的主要原因。

4. 在非洲,大约有20%至30%的门诊病人和10%至15%的住院病人都是患上与疟疾。在转往医院治病的严重疟疾病例中,可见疟疾造成的死亡率达10%至30%,由于农村和边远地区难以获得适当的治疗,死亡率甚至更高。

5. 疟疾也是造成学生旷课的最普遍原因。联合国教育、科学及文化组织(教科文组织)在非洲农村流行病区所作的调查研究表明,在本学年间,超过三分之一小学生患有疟疾,其中半数以上患过两次或多次,通常每次疟疾来袭时,都会旷课一周或更多的时间。

6. 在世界其他地区,患疟疾死亡的人主要是未经免疫而感染恶性疟疾,他们居住于缺乏适当诊断和治疗的地区。例如,农业工人、劳工、金矿和宝石矿工人以及来自非流行病区域而在疟疾流行区安置的难民和流离失所人士的情况就是如此。对青年人影响最严重,虽然就移民来说整个家庭都可能受到感染。疟疾的影响在农村地区特别显著,因为疟疾经常在每年中最需要农业劳动力的时间来袭;它在袭击密集人口时的影响也是如此,各种建筑工程所雇的劳工往往集体患病就是一例。

7. 大多数疟疾流行国家,特别是撒哈拉以南的非洲,国家都不知道或无法知道有多少人民死于或患上疟疾,因为疟疾在这些社区极为普遍,人民很少有接受保健服务的机会,而且汇报制度可能未臻完善。但是,已知的事实是,由于抗药性不断增强(图1)和这种时疫不断增加(图2),情况正日益恶化。

8. 恶性疟原虫的抗氯奎的能力正在加强,并且在非洲很多国家蔓延。此外,在马拉维和坦桑尼亚联合共和国已有记录证明,抗周效磺胺/息疟定药性的疟疾已迅速增长。如果感染的危险仍然很高,这会产生巨大的影响。对大多数非洲人来说,不使用抗氯奎、氨酚奎林和磺胺--息疟定而以其他抗疟疾药品来医治疟疾的成本太高。

9. 愈来愈多国家的记录显示,这种时疫的数目正在增加。这促使非洲的疟疾传染情况不断恶化,近年来,在非洲出现了一些最严重的疟疾时疫。

10. 军事冲突和民间动乱大大加重了疟疾在全世界造成的负担,因为有大量无保护和未经免疫的难民迁移到疟疾流行区。致使疟疾蔓延的一个不是很引人注目但仍然很重要的因素是国内和国际人口移动,包括受经济和环境影响而进出疟疾流行区的难民和移民。这些人口移动促成新的蔓延,使得易受时疫之害的局面更加恶化。

11. 图2说明另一个令人不安的事实,就是疟疾重新侵入已经实际消灭这种疾病的地区,例如阿塞拜疆和塔吉克斯坦。该图还表明,以前疟疾已充分受到控制的地区也出现这种时疫,例如伊拉克和土耳其。这些国家目前出现疟疾时疫,是因为军事冲突之后又产生经济危机,使得预防和控制疟疾的工作迅速减退。

二、联合国系统赞同《控制疟疾全球战略和行动计划》

12. 1992年10月在阿姆斯特丹举行的疟疾问题部长级会议上,世界卫生组织(卫生组织)的《控制疟疾全球战略》获得了各国卫生部长、保健机构及关切保健发展的机构的赞同。战略有四项技术要点:

- (a) 提供早期诊断和及时治疗;
- (b) 拟订和实施有选择的可持续预防措施,包括媒介生物控制;
- (c) 及早发现、控制和预防流行;

(d) 加强地方的基础研究及应用研究能力,以便利和促进对国家疟疾形势的经常评价,特别是评价这种疾病在生态、社会和经济方面的决定因素。

13. 控制战略强调增强地方和国家能力,分析疟疾形势,计划、执行及评价积极控制措施,以及在初级保健领域促进保健发展。培训是能力建设的主要手段。

14. 这个战略与过去对付疟疾问题的办法,有很大的差别尤其是与1950年代和1960年代试图消灭疟疾所采取的对策大为不同。虽然消灭疟疾战略主要依赖使用杀虫剂来减少或打断疟疾传染,并试图通过个案察觉及治疗来减少感染,而且在所有领域都采用相同对策,但目前的战略则着眼于通过早期诊断及迅速治疗来控制疟疾,包括改善对严重复杂疟疾的管理,控制时疫及采用在当地有效和可持续的预防措施。整体目标是预防死亡及减少发病率和疟疾所造成的社会经济损失,所采取的办法是逐步提高并加强在国家、地区和社区各级控制疟疾的地方能力和国家能力。

15. 1993年,经济及社会理事会开展一项对疟疾问题的审查,以响应理事会成员特别是撒南非洲国家成员表示的关切,它们认为疟疾没有获得个别国家和联合国系统所应给予的迫切注意和经费。

16. 理事会的审查导致大会第四十九届会议赞同《控制疟疾全球战略》(1994年12月19日第49/135号决议)。理事会于1995年继续审查疟疾问题,集中注意《控制疟疾行动计划》(1995-2000年)²,其中强调:

(a) 所有联合国组织和参与控制疟疾的其他机构之间建立伙伴关系,确保与疟疾流行国进行最适当的技术合作;

(b) 按区域规划切合实际、负担得起及针对国家需要的具体国家行动计划;

(c) 迅速应用新的技术发展和指导原则;

(d) 将控制疟疾活动纳入一般保健服务及其他保健方案。

17. 理事会1995年7月28日第1995/63号决议赞同联合国系统控制疟疾的合作进程,并呼吁为预防和控制疟疾的工作提供适当的财政资源。

18. 大会1995年12月20日第50/128号决议对疟疾造成人命丧失及生活素质下降再度表示严重关切和惊恐,并重申赞同《全球战略》。大会吁请国际社会,特别是捐助国,尽可能扩大筹资门路,并向受影响的发展中国家特别是非洲国家和最不发达国家提供足够的财政资源及医疗和技术援助,促使它们成功地实施其工作计划和项目,同时在控制疟疾的短期和中期工作中取得长足进展,并作为优先事项,加紧进行抗疟疫苗的基础研究及应用研究。

19. 大会同一决议鼓励卫生组织总干事通过卫生组织热带疾病控制司继续努力,动员国际组织、多边金融机构、联合国系统各专门机构、机关和计划署及非政府组织以及其他团体,向受影响的发展中国家,特别是非洲国家,提供与这些国家控制疟疾的国家计划所列出的需要相称的技术、医疗和财政方面的资源与援助。它还请秘书长向大会第五十一届会议转送卫生组织总干事的进度报告,说明与联合国系统其他有关机关、组织、机构和计划署合作编制的各项战略和工作计划的实施情况。

20. 本报告是应这一要求编写的。

三、最近的技术发展

A. 与各国的技术合作

21. 在每个疟疾流行国设立一个保健专业人员核心小组是规划、实施和评价国

家控制方案的一个必不可少的要求。此外,能力建设必须遍及整个保健系统,才能使控制疟疾全球行动计划获得成功。已经对所需的培训进行了初步的全球性估计。这些估计表明,超过800名方案管理人员、1 500名专家、13 000名助理人员、55 000名地区一级工人以及120 000多名社区保健工作者需要接受培训或再培训。

22. 目前正不断更精细地确定所需的培训和能力建设以及成本估计。迄今为止,共有43个国家提供了有关其需要的资料。这涉及确定需要培训的人员的类别和数目,同时涉及培训课程的内容、所需的培训时间以及应予编制或购置的材料。要满足估计所需的全部培训需要数千万美元,其中大部分将从多边来源或双边来源调集。卫生组织热带疾病控制司筹划了《通过教育和了解防治热带疾病项目》,以便编制培训材料并加强各种教育途径,包括应用现代化电脑学习技术。参加这一项目的有欧洲委员会、联合国开发计划署(开发计划署)、国家学术单位、机构和工业。它通过对人民、数据、方案和资源的管理将信息与教育联系起来,其依据的前提是,在所有级别传播正确的信息和具备训练有素的劳动力,是控制疾病成功的关键。

23. 迄今为止,来自49个非洲国家的240余名管理人员已有机会从卫生组织国际培训课程中获益。所有的非洲国家除了五国以外至少都有一人完成了密集培训。这些课程旨在培养将在本国担负核心小组职责的人员必须具备的各种技能。许多国家已有好几名受过培训的人。150多名培训人员已在非洲接受培训;现在他们负责对地区保健干事及其班子进行疟疾防治和控制的国家级培训。近10 000名受训人员已在主要是在地区和社区一级组织的课程中接受疟疾方面的培训,培训的优先内容是病例处理,例如早期诊断和及时治疗。

24. 同能力建设一样,技术合作以及为国家方案实施工作调集双边/多边资金依然具有优先的重要意义。卫生组织目前正在与联合国儿童基金会(儿童基金会)协作,增强厄立特里亚、纳米比亚、乌干达和坦桑尼亚联合共和国的疟疾方案;与开发计划署协作,增强缅甸的疟疾方案;与世界银行协作,增强孟加拉国、马达加斯加、老挝人民民主共和国和越南的疟疾方案;与欧洲委员会协作,为柬埔寨、老挝人民民

主共和国和越南制订疟疾控制方案。

25. 卫生组织根据14个非洲国家(贝宁、布基纳法索、喀麦隆、中非共和国、厄立特里亚、埃塞俄比亚、加纳、马达加斯加、纳米比亚、尼日尔、乌干达、坦桑尼亚联合共和国(桑给巴尔)、赞比亚和津巴布韦)的行动计划,协助编写了项目建议,请不同的捐助者供资,并为非洲16个国家(安哥拉、贝宁、布基纳法索、布隆迪、乍得、埃塞俄比亚、冈比亚、几内亚、莫桑比克、尼日尔、尼日利亚、卢旺达、多哥、乌干达、赞比亚和津巴布韦)的控制疟疾活动提供了技术和财政支助。获得资助的活动包括在地区一级对保健工作者进行疟疾病例处理的培训、制作和分发保健教育材料、进行监测抗疟疾药物疗效的调查、最后确定控制疟疾地区行动计划、关于有选择的媒介生物控制的国家培训讲习班,以及在选定地区推广浸渍过杀虫剂的蚊帐。这些国家中有13个已在制订新的国家抗疟疾药物政策方面得到了进一步的协助。

26. 1995年设立了非洲疟疾控制工作队,由非洲和卫生组织的疟疾专家、儿童基金会、开发计划署和世界银行的代表、美国国际开发部署(美援署)、大不列颠及北爱尔兰联合王国海外开发署(海外署)、佐治亚州亚特兰大疾病防治中心、法国和比利时的合作机构、非洲开发银行和各国家方案以及各区域和国际技术机构的代表。工作队的一项主要目的是帮助协调参与疟疾控制和资源调集的不同捐助者,并旨在加强该区域疟疾控制方案而应采取的最合适行动向卫生组织非洲区域主任提供咨询意见。为了贯彻对工作队所提的建议,有六个国家已开始加快进行疟疾控制活动,另有八个国家正这样做。

27. 卫生组织和世界银行于1995年9月组织了一次关于疟疾控制业务问题的会议。来自孟加拉国、巴西、柬埔寨、埃塞俄比亚、加纳、印度、印度尼西亚、马达加斯加、马拉维、塞内加尔、乌干达和委内瑞拉的代表参加了会议。会议的目的是有系统地确定并审查妨碍疟疾控制的重要问题,交流处理此种问题的经验,并制订指导方针使控制方案得以向前发展。会议还重点讨论这两个机构可以采取什么办法,

在正接受世界银行援助、疟疾已成为社会和经济发展的严重问题和障碍的国家进一步促进协调的行动和项目的发展。另一项结果是开创一个通讯网,使各控制方案可通过通讯网交流信息。这一通讯网在Internet上将方案管理人员联系起来,使他们能为管理目的交流信息和经验。通讯网将有利于支持疟疾控制方案的实施工作和联合行动。

28. 1996年3月在卫生组织非洲区域办事处举行了一次关于杀虫剂浸渍材料的会议,以便在非洲国家推广使用这些材料,该会议还着重讨论在非洲区域的社区行动。会议审查了关于大规模使用经杀虫剂处理的蚊帐的研究报告的结果,讨论了有关更广泛地推广蚊帐的主要问题和一些业务经验,并确定了重要的业务研究优先项目。已拟订一个使用杀虫剂浸渍的蚊帐和其他材料来开展持续控制疟疾工作的斟酌设想,并为成功地实行这一控制办法所必需处理的具体政策、技术、管理和行动问题制订了指导方针草案。实施工作的重点首先将放在六个已将这一方法纳入其疟疾控制计划之中的国家(肯尼亚、马达加斯加、马拉维、纳米比亚、圣多美和普林西比以及赞比亚)和蚊帐使用率较高的另一些国家。

29. 由于儿童主要疾病的迹象和症状有大部分相同,而疟疾是这些疾病之一,因此对病儿的单一诊断往往是不适当的。卫生组织和儿童基金会的若干方案制订了一种现称为病儿综合处理的对策,就这一事实所提出的诊断方面的挑战作出回应。有关的技术方案已发展了整套综合训练计划,以各种可行的病例处理措施针对不同的病情,该套计划已于1995年出版。

30. 卫生组织继续向面临各种时疫/紧急状况的国家/人口群体提供技术和紧急援助,包括调集资金和供应品。这种援助是与双边、国际和非政府组织密切合作进行的。在阿塞拜疆、布隆迪、卢旺达、坦桑尼亚联合共和国和扎伊尔境内的难民营以及受时疫影响的国家和地区(阿塞拜疆、孟加拉国、博茨瓦纳、印度、伊拉克、苏丹、斯威士兰、塔吉克斯坦、土耳其、也门和津巴布韦)提供了疟疾预防和控制方面的支助。

31. 供疟疾方案用的关于建立变革和交流的伙伴关系的指导方针于1996年出版。这些指导方针是与联合王国疟疾协会合作制订的,其目标是协助管理人员查明其地区内的疟疾情况,并为卫生推广工作和交流制订战略,从而开展适合该地区的社区行动。指导方针的使用者将是区域、省和地区各级疟疾方案的管理人员,以及协助并监督地区/和(或)社区一级方案和人员的规划人员和培训人员。

32. 卫生组织于1996年编制并出版了关于在难民和流离失所人口中控制疟疾的指导方针。这些指导方针的目的是协助诸如联合国难民事务高级专员办事处(难民专员办事处)等机构以及向热带国家境内的难民和流离失所人口提供援助的其他组织和非政府组织处理在此种情况下遇到的各种疟疾问题。一本关于控制疟疾时疫的类似手册也即将完成。

B. 研究

浸渍蚊帐和其他材料

33. 开发计划署/世界银行/卫生组织热带疾病研究和培训特别方案最近开展了大规模实地试验,试验地点是非洲四个国家(布基纳法索、冈比亚、加纳和肯尼亚)。实验显示一至四岁儿童总死亡率降低了17%-33%,平均是25%。初步经济分析表明,蚊帐投资产生的成本效益可与破伤风、麻疹和小儿麻痹症的全球免疫方案相比。这些结果证实,作为病例处理的补充工具,浸渍蚊帐和其他材料在非洲起了重要作用。目前正广泛展开工作,以便在社区一级使这些成果转化为有效而可持续的方案。

药物研制

34. 由于存在后天抗药性问题,现有杀灭恶性疟原虫的抗疟药物的功效都受到损害,因而某些地区的早期诊断和迅速治疗工作也受到影响。有些类型的疟原虫也许对大多数药物都有抗药性。目前,对多种药物有抗药性的地区特别需要可以取代

奎宁/四环素的代用药来治疗严重疟疾,以及便宜而安全的氯奎代用药来治疗无并发的疟疾。一种中草药制剂--蒿素宁--对于治疗严重疟疾似乎很有前途,而人们也正在研制各种新药物以取代氯奎。

35. 热带疾病研究和发展联盟开展了一项新倡议,目的是与私营部门建立新的伙伴关系,以筹集更多资源,包括专业人员和业务经费。这项倡议的重点是抗疟药物的发现与研制。

疫苗研制

36. 寻求有效而负担得起的抗疟疫苗仍然是许多研究机构最重要的目标之一。到目前为止,研究结果情况不一,而且令人有些失望。非洲最易患疟疾的组别是一岁以下儿童,在冈比亚的这一组别中试用了哥伦比亚疫苗Spf66,但结果并未证实早些时候由热带疾病研训方案支助在坦桑尼亚联合共和国试用所报告的31%功效。目前正在坦桑尼亚联合共和国在一岁以下儿童中就这种疫苗进行第二次第三阶段试验。另一项在泰国进行的试验已于1996年结束,很快将发表试验结果。还有一些候选疫苗正处于临床前或临床初期的研制过程中。

四、最近的全球政策发展

37. 行政协调委员会全系统非洲特别倡议纳入了控制疟疾的内容,这是一项大有前途的重要发展。这项倡议的四大主题之一是“新一代人的新希望”,使基础教育、保健部门改革和就业以及可持续生计结合在一起。保健部门改革的目标是加强保健系统和社区的能力,以便持续减少造成发病和死亡的主要原因,包括疟疾。

38. 卫生组织和儿童基金会在控制疟疾方面加强合作是另一个重要步骤。目前正在拟订一项联合声明,其中建议在五、六个撒南非洲国家进行合作,开展一系列活动,包括提高一般保健服务部门防治疟疾的能力、建立紧急治疗严重疾病的有效机制、改善社区内防治疟疾的工作、保护孕妇免患疟疾、推广预防措施、协助迅速动

员人力和财政资源以迅速遏制时疫的发病率和死亡率等。

39. 1996年5月,第四十九届世界卫生大会通过第WHA49.11号决议,其中敦促卫生组织与联合国各有关机构和组织合作,继续为议定的控制疟疾战略和工作计划提供技术知识和支助。为了进一步加强卫生组织的控制疟疾方案,总干事决定在热带疾病控制司内设立疟疾预防和控制方案。该方案的活动将分属两个主要职能领域:(a) 国家支助;(b) 政策、信息和监测。

40. 此外,总干事还决定成立一支工作队,审查卫生组织疟疾预防和控制方案并就如何加强该方案提出建议。工作队将审查全球疟疾问题和在执行疟疾控制战略方面正在取得的进展,认真研究卫生组织各个级别防治疟疾活动的职能和能力,以便查明优缺点,并确定国家、区域和总部各级面临的技术、财政和业务限制。关于实施世界卫生大会第WHA49.11号决议取得的进展,将向卫生组织执行局1997年1月届会提出报告。

五、结论和建议

41. 1995年经济及社会理事会赞同的《控制疟疾》行动计划(见上面第16段)仍然是1995-2000年期间指导疟疾控制方面的国际合作的基本文件。然而,尽管完全可以预期将会实现1997年的主要目标,即至少有90%受疟疾影响的国家实施适当的疟疾控制方案,但是如果各国不能调集必要的资源,就会严重影响2000年目标的实现,即至少有75%受影响的国家的疟疾死亡率比1995年至少降低20%。

42. 尽管行动计划的要旨仍然是通过更好的协调做到“少花钱多办事”,但事实表明所需的资源与实际获得的资源之间的巨大差距仍未缩小。控制疟疾的经费不足情况仍然十分严重。如果目前经费短缺的情况继续下去,则1992年疟疾问题部长级会议形成的势头以及经济及社会理事会、大会和世界卫生大会的政治兴趣也可能会消失。

43. 迄今取得的成就是对控制疟疾作出了政治承诺,并按照《全球战略》逐渐

形成了国家和地方评估疟疾情况并选择适当措施的能力,以便在社区内减少或预防这种疾病。许多疟疾流行国也制订了国家行动计划。现在需要作出更坚定的承诺,积极实施并不断评价这些计划。这不仅要求保健部门作出承诺,而且要求其他政府部门和私营部门作出承诺,只要它们的行动可能对疟疾情况和社区本身产生直接或间接影响。只有加强这些伙伴关系,协调这些行动,将来才会听到疟疾发病率和死亡率下降的喜讯。

44. 如本报告所显示,联合国系统内正采取协调行动,特别是在国家一级。但是,尤其在区域和全球两级还大有可为。大会应不断提醒全世界牢记就全球《控制疟疾全球战略》和《控制疟疾行动计划》采取协调对策的承诺,以此推动这一进程。大会可以肯定控制疟疾是一件优先事项,坚持使这项工作成为整个联合国以人的发展为目标的所有倡议的组成部分,因为在疟疾肆虐的地方,人的发展会受到严重的影响。在这方面,秘书长关于非洲的特别倡议以及最近召开的联合国会议的后续行动特别重要,特别是1992年联合国环境与发展会议。也必须充分利用现有部门间协调机制,例如联合国粮食及农业组织(粮农组织)、联合国环境规划署(环境规划署)、联合国人类住区中心(生境中心)和卫生组织控制媒介生物环境管理专家小组以及关于供水和环境卫生的非洲2000年倡议。

注

¹ 卫生组织,《控制疟疾全球战略》(日内瓦,1993年)。

² 卫生组织CTD/MAL/95.2号文件。

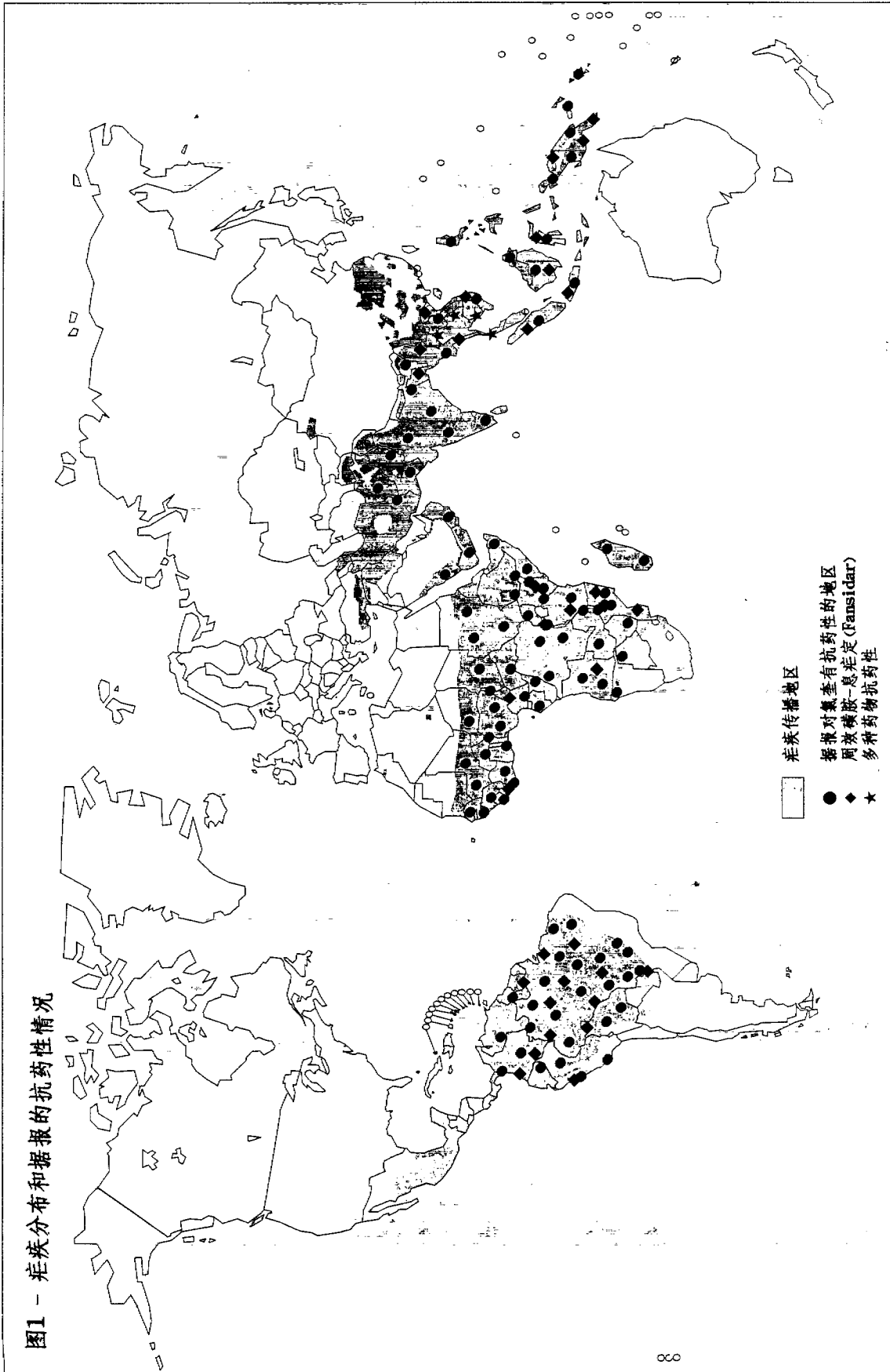


图1 - 疟疾分布和据报的抗药性情况

地图采用的标示和提出的材料并不意味着世界卫生组织秘书处对任何国家、领土、城市或地区或其当局的法律地位或对其边界或疆域的分表
 示任何意见。

WHO/CID/HealthMap, 1986

