



人权理事会

咨询委员会

第八届会议

2012年2月20日至24日

临时议程项目2(a)(一)

食物权

人权理事会咨询委员会以患有坏疽性口炎的儿童为例，关于严重营养不良与儿童疾病的研究报告*

本研究报告以患有坏疽性口炎的儿童为例，讨论了营养不良、儿童疾病和人权之间的相互关系。报告重申，儿童在其中出生、成长和生活的社会经济条件至关重要，影响着儿童获得健康的机会。营养不良是坏疽性口炎的关键风险因素，如果不在早期实施基本和成本有效的治疗，该疾病会造成儿童面部缺损，在多达90%的病例中导致患儿死亡。

研究报告建议依照人权原则促进和实施消除贫困和营养不良的努力；在全球层面应对坏疽性口炎，加强非洲预防和治疗这一疾病的努力；由世界卫生组织正式将其列为被忽视的疾病，以提高对它的认识。附件所载人权原则和准则旨在加强对可能或已遭受营养不良的儿童，尤其是对可能或已罹患坏疽性口炎儿童的保护。

* 本报告附件不译，原文照发。

目录

	段次	页次
一. 导言	1-4	3
二. 严重营养不良、儿童疾病与人权	5-28	4
A. 营养不良与儿童疾病：弱势群体及其人权	7-20	4
B. 营养不良与儿童疾病：各国受国际法约束 的义务	21-28	9
三. 可能或已罹患坏疽性口炎的儿童	29-64	12
A. 坏疽性口炎的历史，这一疾病的发生率和 分布情况	32-37	13
B. 坏疽性口炎的病因、诱发因素和治疗	38-47	16
C. 应对坏疽性口炎和减轻罹患该疾病儿童痛 苦的举措	48-55	18
D. 罹患坏疽性口炎儿童遭遇的歧视和对该疾 病本身的忽视	56-64	21
四. 结论和建议	65-66	23
附件		
旨在加强对可能或已遭受营养不良儿童，尤其是对可能或 已罹患坏疽性口炎儿童的保护的人权原则和准则		25

一. 引言

1. 人权理事会 2011 年 3 月 25 日第 16/27 号决议请咨询委员会开展一项全面研究，以患坏疽性口炎的儿童为例，说明严重营养不良与儿童疾病之间的关系，并探讨改善对营养不良儿童的保护的途径。这一任务是委员会关于在食物权方面的歧视的研究报告(A/HRC/16/40)的后续工作，该报告将罹患坏疽性口炎的儿童视为事实上在食物权方面歧视行为的受害者。
2. 由何塞·本戈亚·卡韦略、钟金星、拉蒂夫·侯赛诺夫、让·齐格勒和莫娜·佐勒菲卡尔组成的食物权问题起草小组¹以患坏疽性口炎的儿童为例，编写了有关严重营养不良和儿童疾病的初步研究报告(A/HRC/AC/7/CRP.2)。委员会第七届会议对这一初步研究报告表示欢迎，并请人权事务高级专员办事处向所有成员国、相关联合国专门机构和方案以及其他相关利益攸关方征求有关这一研究的意见和评论。
3. 本研究报告以患坏疽性口炎的儿童为例，讨论严重营养不良和儿童疾病问题，报告是咨询委员会成员和相关利益攸关方开展研究和协商的成果，也汲取了委员会之前的工作(A/HRC/16/40 和 A/HRC/AC/3/CRP.3)。研究得益于成员国、世界卫生组织(卫生组织)、非政府组织以及营养不良和坏疽性口炎领域专家的支持、意见和评论。² 研究报告将在委员会第八届会议上核准，以提交人权理事会第十九届会议。
4. 研究报告第一部分重点讨论严重营养不良、儿童疾病和人权之间的相互关系。第二部分详细介绍可能或已罹患坏疽性口炎儿童的处境。附件载有加强对可能或已遭受营养不良的儿童，尤其是可能或已罹患坏疽性口炎儿童的保护的人权原则和准则。

¹ 食物权问题起草小组感谢日内瓦国际人道主义法和人权学院的 Ioana Cismas 在起草本研究报告期间作出的重要贡献。

² 起草小组感谢为各草稿提供投入的所有利益攸关方，包括阿尔及利亚、布基纳法索、加拿大、古巴、加纳、瑞士、世界卫生组织、援外社国际协会(CARE International)、荷兰坏疽性口炎基金会(Dutch Noma Foundation)、普世倡议联盟(Ecumenical Advocacy Alliance)、面向非洲(Facing Africa)、坏疽性口炎日内瓦研究小组(Geneva Study Group on Noma)、坏疽性口炎救助行动基金会(Hilfsaktion Noma)、绿标组织(Label Vert)、国际医疗组织(Medico International)、瑞士坏疽性口炎救助协会(Noma-Hilf-Schweiz)、无国界医生组织(Médecins sans Frontières)、哨兵组织(Sentinelles)、希望之风基金会(Winds of Hope Foundation)、Ruth Dreifuss、Cyril O. Enwonwu、Siv O'Neall 和 Theophile Mbuguye。书面资料和评论载于秘书处和让·齐格勒的资料档案。

二. 严重营养不良、儿童疾病与人权

5. 严重营养不良、儿童疾病与人权之间的相互关系值得更加关注的原因有几个。首先，应以统计数据为依据看待理事会赋予委员会任务的及时性，统计数据表明，儿童营养不良的情况仍然很多，令人震惊。³ 基本食品价格飙升是近年来粮食危机的特征，⁴ 非洲之角近来发生的饥荒⁵ 进一步凸显出从人权角度理解严重营养不良与儿童疾病之间关系的紧迫性。

6. 第二，有必要查明严重营养不良和儿童疾病涉及的各种人权问题，以便国际社会以全面的方式对该问题标本兼治。正如经济、社会、文化权利委员会及联合国特别报告员所强调的，必须尤为关注最脆弱的个人与群体以及为他们提供满足其饮食需要的粮食。⁶ 毫无疑问，遭受营养不良的儿童是这类弱势群体之一，而罹患或可能罹患坏疽性口炎的儿童属于其中最为脆弱的群体。对严重营养不良和包括坏疽性口炎在内的儿童疾病进行人权分析，可帮助我们理解，相对于可给予和取得的权利以及自愿承诺而言，儿童和其他个人的权利与各国及国际组织受国际法约束的义务居于核心地位。

A. 营养不良与儿童疾病：弱势群体及其人权

7. 根据卫生组织的定义，营养不良本质上意味着“营养状况糟糕”，包括摄入食品的数量和质量。⁷ 从医学角度来讲，营养不良指得是一种营养状况，即对热量、蛋白质和营养素，包括维生素的摄入不足导致对组织和/或身体机能的负面

³ M. de Onis、M. Blössner、E. Borghi, “Prevalence and trends of stunting among pre-school children, 1990-2020”, *Public Health Nutrition*, 2011,1-7; 卫生组织, “WHO, nutrition experts take action on malnutrition”, 2011年3月16日, 见 www.who.int/nutrition/pressnote_action_on_malnutrition/en/index.html。

⁴ 卫生组织, “The Global Food Crisis: Implications for the Health of People in the African Region”, 2008; 粮食及农业组织 (粮农组织), 《世界粮食不安全状况 2008: 高粮价与粮食安全—威胁与机遇》(罗马, 2008); 联合国儿童基金会 (儿童基金会), *A Matter of Magnitude: The Impact of the Economic Crisis on Women and Children in South Asia* (June 2009); 粮农组织, 《2010年世界粮食不安全状况: 应对持续危机中的粮食不安全问题》(罗马, 2010)。

⁵ Kun Li, “Amidst regional drought, malnutrition imperils thousands of refugee children in Dadaab, Kenya”, 儿童基金会, 2011年7月15日, 见 www.unicef.org/infobycountry/kenya_59238.html; AlertNet, “MSF acts on malnutrition and drought in Horn of Africa”, 2011年7月11日, <http://www.trust.org/alertnet/news/msf-acts-on-malnutrition-and-drought-in-horn-of-africa/>。

⁶ 经济、社会、文化权利委员会关于取得足够食物的权利的第12号一般性意见; 食物权问题特别报告员的报告, A/HRC/9/23、A/HRC/4/30和A/62/289。

⁷ 卫生组织, “Malnutrition”。见 www.who.int/water_sanitation_health/diseases/malnutrition/en/。

影响。⁸ 它包括营养不足和营养过剩两种情况。⁹ 营养过剩近年来也成为发展中国家的一个问题，¹⁰ 但本报告将侧重于儿童营养不良现象中的营养不足问题。在这方面，儿童营养不良是一系列因素的产物，这些因素常常涉及食品质量差、食品摄入不足，以及严重和反复感染传染病，或上述因素相结合。¹¹

8. 对营养不良的分类包括蛋白质—热能营养不良(缺乏热量和蛋白质)以及微量元素营养不良(缺乏维生素或矿物质)。¹² 营养不良包括轻度、中度或重度形式；可能为慢性或急性营养不良。

9. 慢性营养不良的一个关键指标是发育迟缓，即儿童的年龄身高与同年龄参照人群标准相比，低于中位数减两个标准差。¹³ 换句话说，这类营养不良的儿童与卫生组织关于儿童的生长发育标准相比，在他们的年龄组中过于矮小。2010年，全球约有 1.71 亿儿童因粮食不足、饮食缺乏维生素和矿物质、儿童照料不足和疾病而发育迟缓。截至 2010 年，东南亚有 36%的儿童发育迟缓；¹⁴ 在非洲，发育迟缓自 1990 年以来一直停留在 40%左右。¹⁵

10. 除统计数据以外，必须了解慢性营养不良对儿童的未来产生的影响：认知能力低下、学习能力降低、在校表现差、辍学，以及成年后工作效率低。¹⁶

“一旦定型，发育迟缓及其影响通常是永久性的。发育迟缓的儿童可能永远无法恢复损失的身高，大部分儿童永远无法获得相应的体重。幼儿发育期一旦结束，相关的认知损害往往是不可逆转的”。¹⁷ 换句话说，发育迟缓的儿童也许到成

⁸ Ed. M. J. Gibney 及其他人，*Clinical Nutrition, Nutrition Society Textbook Series* (Wiley-Blackwell, 2005), pp. 1–2。

⁹ 见 M. de Onis, M. Blössner, E. Borghi, “Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children”, *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 92, No. 5, 2010, pp. 1257–64。

¹⁰ 粮农组织，*The double burden of malnutrition. Case studies from six developing countries*, 粮农组织，Food and Nutrition Paper 84 (Rome, 2006)。

¹¹ M. de Onis 和 M. Blössner, *WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition* (Geneva, WHO, 1997), p. 3。

¹² 缺乏维生素 A、缺铁性贫血和缺碘症是微量元素营养不良最常见的形式。

¹³ 见儿童基金会，*Tracking Progress on Maternal and Child Nutrition. A Survival and Development Priority* (New York, November 2009), p. 4。

¹⁴ 卫生组织，“10 facts on nutrition”，2011年3月。见 www.who.int/features/factfiles/nutrition/en/index.html；De Onis 及其他人，“Prevalence and trends of stunting”。

¹⁵ De Onis 及其他人，“Prevalence and trends of stunting”。

¹⁶ 儿童基金会，*The Progress of Nations 2000* (New York, 2000), p. 14；B.T. Crookston 及其他人，“Children who recover from early stunting and children who are not stunted demonstrate similar levels of cognition”，*Journal of Nutrition*, vol. 140, No. 11, 2010, pp. 1996–2001。

¹⁷ 同上；另见儿童基金会，*Progress for Children. Achieving the MDGs with Equity*, No. 9 (New York, September 2010), p. 16。

年后也无法充分实现其潜能，他们不能主宰也无法逃脱这一命运。儿童时代发育迟缓的个人，在其一生中各种人权受到侵犯，包括适足生活水准权，包括拥有食物、健康、水和环境卫生的权利，常常包括适足住房权、受教育权、工作权、不受歧视的权利以及最终的生命权。事实上，当今发育迟缓儿童数量过高，为儿童健康以及教育等另一些千年发展目标的进展蒙上了阴影。“新的学校和医院至关重要，但如果就学和接受医学检查的儿童因幼年时缺乏营养，在身体和精神上已非常衰弱，新的学校和医院又能发挥多大作用？”¹⁸ 这样认为固然合理，但千年发展目标的人权框架依然非常重要，这一框架强调了人权之间的相互依存关系，将讨论的主题从自愿承诺的领域转向各国在人权法之下的义务。此外，慢性营养不良使儿童发育迟缓比率较高的国家在今后经济发展方面面临问题，如果不尽早干预，这类儿童可能无法作为有生产能力的社会成员充分实现其潜能。

11. 在全球层面，估计有 2,000 万儿童严重消瘦，¹⁹ 因此患有严重急性营养不良。²⁰ Nicholas Kristof 将这些儿童(可预防的)的可悲状况描述为平静——“他们不笑，不动，他们不表现出任何恐惧、痛苦或感兴趣的情绪。他们像弱小、干枯的行尸走肉，他们停止所有非必要的活动，是为了保存最后一点热量生存下来”。²¹ 这些儿童作为人的尊严以及他们最终的生命权受到损害，因为每年都有约 100 万名儿童死于严重急性营养不良。²²

12. 从上文可明显看出，营养不良本身是影响儿童的一种严重病症。此外，在营养不良与儿童疾病之间存在一种双向关系。如医疗研究显示：

“感染因摄入减少、肠道吸收能力降低、新陈代谢增加，以及组织合成和生长所需营养素的分离等因素，对营养状况产生不利影响。另一方面，营养不良可能加剧感染，因为营养不良对皮肤和粘膜的屏障保护作用产生负面影响，还导致宿主免疫功能的变化。”²³

13. 因此，儿童罹患急性小儿科疾病，如肺炎、痢疾、腹泻症和麻疹，如果因难以获得及时和高质量的医疗服务而得不到治疗或治疗不当，就可能患严重营养

¹⁸ N. Jacobs, “Development goals: celebrating on an empty stomach”, *EUObserver*, 8 July 2011.

¹⁹ 定义见儿童基金会, *Tracking Progress on Maternal and Child Nutrition*, p. 4.

²⁰ “Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition”, 世界卫生组织、世界粮食计划署、联合国系统营养问题常设委员会和联合国儿童基金会的联合声明, 2007 年 5 月, 第 2 页。

²¹ N. D. Kristof, “The Hidden Hunger”, 《纽约时报》, 2009 年 5 月 23 日。见 www.nytimes.com/2009/05/24/opinion/24kristof.html。

²² “Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition”。

²³ K.H. Brown, “Diarrhea and Malnutrition”, *Journal of Nutrition*, vol. 133, No. 1, Supplement (2003), pp. 328–332; N.S. Scrimshaw, C.E. Taylor and A.J.E. Gordon, “Interactions of Nutrition and Infection”, 卫生组织专著丛书, 第 57 号 (日内瓦, 1968)。

不良。²⁴ 致命的病症往往接踵而来。例如，近几十年来的应用研究已确认了腹泻性疾病对儿童营养状况的破坏性影响。²⁵ 腹泻使儿童的营养不良状况严重恶化，而正是这些营养不良儿童更易患急性腹泻，而且每年数次发病。²⁶ 在这一背景下，必须指出的是，腹泻病是造成全球 5 岁以下儿童死亡的第二大原因，每年约导致 150 万名儿童死亡。²⁷

14. 同样，儿童患有慢性疾病，如艾滋病毒、癌症、肺结核和镰状细胞性贫血，如果得不到治疗或治疗不当，也可能导致儿童严重营养不良。²⁸ 就艾滋病毒/艾滋病而言，卫生组织强调开展大规模努力的必要性，“以减轻营养不良的总体负担，并降低艾滋病毒/艾滋病和营养不良相互作用的严重程度和复杂性”。²⁹ 艾滋病毒/艾滋病和营养不良之间的复杂关系，存在这样一个典型实例，一方面，通过母乳喂养的婴儿面临感染艾滋病毒的风险，但另一方面，尤其是在发展中国家，非母乳喂养的婴儿患营养不良和腹泻病的风险更大，有必要权衡这两类风险。³⁰

15. 严重营养不良与儿童疾病之间关系的另一个方面，是营养不良儿童的某些特征或病原体导致的并发症。营养不良导致免疫系统衰弱，从而可能触发病因不明的严重疾病和恶性营养不良。³¹ 这类疾病的实例包括严重营养不良儿童患莱尔综合症、严重营养不良儿童的非感染性伤口，骨髓增生异常综合症和坏疽性口炎。本研究报告的第二部分主要侧重于坏疽性口炎。

16. 婴幼儿最易遭受营养不良，因为他们成长和发展认知能力需要大量营养，但他们在社会中却往往处于弱势地位。³² 营养不良本身或与其他儿童疾病(不论是慢性、急性或严重并发症)相结合，是导致儿童夭折的重要原因。事实上，每

²⁴ 与无国界医生组织儿科工作组行动小组组长 M-C. Bottineau 医生的通信，2011 年 6 月 29 日。

²⁵ Brown, “Diarrhea and Malnutrition”。

²⁶ 儿童基金会和卫生组织, *Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done* (2009), pp. V and 1。

²⁷ 同上，第 1 页。

²⁸ 与 M-C. Bottineau 医生的通信。

²⁹ 卫生组织, “Nutrition and HIV/AIDS”。见 www.who.int/nutrition/topics/hiv aids/en/index.html。

³⁰ 见卫生组织、联合国艾滋病毒/艾滋病联合方案(艾滋病规划署)、联合国人口基金(人口基金)、儿童基金会, *Guidelines on HIV and Infant Feeding 2010. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence* (日内瓦, 2010)。

³¹ 与 M-C. Bottineau 医生的通信；无国界医生组织, *A Beginner's Guide to Malnutrition*, 见 www.msf.or.jp/info/pressreport/pdf/pressMalnutritionE.pdf。

³² M. Blössner, M. de Onis, *Malnutrition: quantifying the health impact at national and local levels*, *Environmental Burden of Disease Series*, No. 12 (Geneva, 2005), p. 3。

年有 800 万 5 岁以下儿童死亡，营养不良被认为是其中三分之一儿童死亡的原因。³³

17. 普遍认为，儿童在其中出生、成长和生活的社会经济条件对他们获得健康的机会产生影响：个人的社会经济地位越低，面临健康状况不良的风险越高；不同国家如此，国家内部不同地区也是如此。³⁴ 贫困是人类的一种复杂处境，其特点是“持续或长期被剥夺享有适当生活水准和其他公民、经济、文化、政治和社会权利所必要的资源、能力、选择权、保障和权力”（经济、社会、文化权利委员会的定义，E/C.12/2001/10，第 8 段）。赤贫与人权问题特别报告员将“贫困的现实”界定为耻辱化、歧视、惩罚和排斥（向大会提交的报告，A/66/265，第 5 段）。近几十年来（见咨询委员会关于在食物权方面的歧视的研究报告，A/HRC/16/40，第 18 和 21 段），在受到农业投资缩减影响的贫民区和农村地区，贫困及其现实常常是父母在食品和喂养方式、清洁卫生、以健康方式抚养子女及教育子女方面有所忽视和/或无从选择的原因，也是童工和儿童卖淫现象增加的罪魁祸首。各国在将最脆弱人群作为优先事项的同时有义务实现所有人的所有人权，要履行这些人权义务，消除贫困是当务之急（见第二章，B 节）。

18. 儿童的脆弱性与妇女的脆弱性密切相关。性别的重要作用无论如何强调都不过分：孕妇、母乳喂养的母亲和女童是极容易患营养不良的人群。营养不良的母亲可能产下体重过低、易患病和夭折的婴儿。³⁵ 据称，“特别是营养不良的女童有可能变为营养不良的母亲，从而将营养不良传给下一代”。³⁶ 从人权角度出发，我们必须对一些文化习俗提出质疑，这类习俗限制妇女获得营养和食品、清洁的水和卫生设施以及教育，并以性别歧视形式表现出来。³⁷ 这类歧视做法还导致女童以及她们成为妇女后营养不良，进而导致营养不良循环蔓延。母亲及其子女获得有营养的食品与获得有关正确喂养做法的信息同样重要。³⁸ 即使是在发达国家，母乳喂养的母亲也面临一些障碍，如不能在公共场所母乳喂养

³³ 见 J.K. Rajaratnam 及其他人，“Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4”, *The Lancet*, vol. 375, No. 9730, 5 June 2010, pp. 1988-2008; R.E. Black, “Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis”, *The Lancet*, vol. 375, No. 9730, 5 June 2010, pp. 1969-1987; www.starvedforattention.org.

³⁴ 健康问题社会决定因素世界大会，里约热内卢，2011 年 10 月 19 日至 21 日。

³⁵ Blössner, De Onis, *Malnutrition: quantifying the health impact*, p. 1.

³⁶ 同上，第 3 页。

³⁷ A/HRC/16/40，第 61 段；人权高专办关于可预防的孕产妇死亡率和发病率与人权问题的报告，A/HRC/14/39，第 18 段；*Women and the Right to Food: International Law and State Practice*（粮农组织，罗马，2008），pp. 12-14。

³⁸ B. Teshome 及其他人，“Magnitude and determinants of stunting in children under- five years of age in food surplus region of Ethiopia: The case of West Gojam Zone”, *Ethiopian Journal of Health Development*, vol. 23, No. 2, 2009, pp. 98-106.

的社会压力以及工作场所缺乏母乳喂养的适当设施等。³⁹ 此外，没有带薪产假或产假达不到卫生组织建议的全母乳喂养的 6 个月时，新生儿的母亲常常没有其他选择，只能回去工作并停止/减少母乳喂养。⁴⁰ 此外，正如人权理事会在第 16/27 号决议中强调，妇女不受歧视地获得资源，包括收入、土地和水及其所有权，同时获得教育、科学和技术，对她们能够养活自己和家人至关重要。

19. 从上文可以看出，营养不良与儿童疾病之间的关系常常取决于贫困状况；而贫困本身又往往归因于社会在法律方面或实际中的歧视以及家庭本身(见 A/HRC/16/40)。营养不良与儿童疾病二者密不可分，原因在于难以获得足够或营养充分的食品、适当和及时的医疗服务、安全的水和卫生设施、教育、获得信息、体面的工作和维持生计的机会，以及适当和清洁的庇护场所及住房等。自古以来就缺乏这些条件是儿童和成人人权状况的特点，而现在这些条件仍未得到满足。儿童基金会 2000 年的一份出版物的结论如下：

“世界在保护儿童权利与发挥人类潜能方面取得的成功，受到活生生的人的阻碍远比受到钢铁物质的阻碍更为严重，儿童的身高远比摩天大楼的高度更有说服力。”⁴¹

20. 这一结论如今仍然适用，因为在现实中，全世界有 1.95 亿营养不良儿童，他们极易罹患急性和慢性儿科疾病以及坏疽性口炎等并发症。

B. 营养不良与儿童疾病：各国受国际法约束的义务

21. 这种人权状况是发生在当营养不良与儿童疾病相互作用时，国际立法框架对相关儿童及其母亲的各种权利予以担保的背景下，这一立法框架主要包括《儿童权利公约》、《消除对妇女一切形式歧视公约》和《经济、社会、文化权利国际公约》。

22. 这些国际文书的缔约国受到法律约束，必须尊重、保护和实现人权。就营养不良问题而言，各国应与国际组织和民间社会合作，确保为父母提供必要的条件，使他们足以养活自己及其子女(《经济、社会、文化权利国际公约》，第十一条第一款，以及委员会第 12 号一般性意见)。此外，各国商定建立粮食不安全和易受害信息绘图系统，利用分类数据查明“任何形式的歧视，这些歧视可能表现为较大的粮食不安全和更容易受到粮食不安全之害，或导致特定人口群体营养不良发生率高，或同时引起上述两种情况，以便消除和预防粮食不安全或营养不

³⁹ *Science Daily*, “Even Part-Time Work Can Have A Negative Effect On Breastfeeding Rates, Says New Study”, 29 April 2008; A.R. Cooklin 及其他人, “Maternal employment and breastfeeding: results from the longitudinal study of Australian children”, *Acta paediatrica*, vol. 97, No. 5, 8 February 2008, pp. 620–623.

⁴⁰ 同上。

⁴¹ 儿童基金会, *The Progress of Nations 2000*, p. 14.

良的这类根源”。⁴² 必须采用这些工具改善当前的状况，因为在富裕家庭已取得显著进展的情况下，在减少贫困家庭儿童普遍体重不足这一现象方面尚“无任何实际进展”。⁴³ 保护最脆弱群体的权利是一项人权义务，是人权法和《联合国宪章》有关禁止歧视的总体规定的基本要求(A/HRC/16/40, 第9至11段)。

23. 批准范围最广的人权文书——《儿童权利公约》第24条与营养不良和儿科疾病之间相互作用的关系最为密切。该条规定，缔约国应致力于“充分实现”儿童享有可达到最高标准的健康的权利，因此应采取适当措施，以消除疾病和营养不良现象，包括在初级保健范围内利用现有可得的技术和提供充足的营养食品和清洁饮水。根据同一条款，缔约国应“确保向社会各阶层、特别是向父母和儿童介绍有关儿童保健和营养、母乳喂养优点、个人卫生和环境卫生及防止意外事故的基本知识”。《消除对妇女一切形式歧视公约》第十二条要求缔约国保证为妇女提供有关怀孕、分娩和产后期间的适当服务，必要时予以免费，并保证在怀孕和哺乳期间得到充分营养。

24. 因此，儿童基金会2010年关于平等实现千年发展目标的报告应以各国的国际法律义务而非自愿承诺作为基调来解读：

“许多已实现或即将实现千年发展目标1关于普遍体重不足的具体目标的国家必须作出真正的努力，降低发育迟缓的普遍性。全面的方针可处理以下问题：食品质量与数量、水与卫生设施、医疗服务、照料和喂养方式，以及关键的影响因素，如贫困、不平等和对妇女的歧视(包括女童受教育水平较低)”。⁴⁴

25. 《经济、社会、文化权利国际公约》载有国际援助与合作的原则，要求缔约国承担域外义务。⁴⁵ 国际法院在“对在被占领巴勒斯坦领土修建隔离墙的法律后果发表的咨询意见”中、经济、社会、文化权利委员会在关于缔约国义务的性质第3号一般性意见(第13段)中都承认上述义务的法律特性。⁴⁶ 上述《公约》第十一条第二款对本研究报告而言尤其重要，因为该款规定，缔约国“应个别采取必要的措施或经由国际合作采取必要的措施，包括具体的计划”，以便包

⁴² “支持在国家粮食安全范围内逐步实现充足食物权的自愿准则”，准则13。

⁴³ 《2011年千年发展目标报告》(联合国出版物，出售品编号：E.11.I.10)，第14页。

⁴⁴ 儿童基金会，*Progress for Children*, p. 16。

⁴⁵ 见 S.I. Skogly, *Beyond National Borders: States' Human Rights Obligations in International Cooperation* (Antwerp, Intersentia, 2006); F. Coomans, “The Extraterritorial Scope of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights in the Work of the United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights”, *Human Rights Law Review*, vol. 11, No. 1, 29 January 2011, pp. 1–35。

⁴⁶ 咨询意见，国际法院2004年的报告，第136页，第130至134段；*The Right to Food and Access to Justice: Examples at the National, Regional and International Levels* (粮农组织，2009)，pp. 35–36。

括儿童在内的所有人免于饥饿。《儿童权利公约》中也存在就儿童的健康权开展国际合作的类似规定(第 24 条第 4 款)。

26. 委员会已考虑将《公约》第 22 条和 23 条作为国际组织和联合国专门机构开展活动的框架。⁴⁷ 已请各国际组织作出新的承诺，在尊重经济、社会和文化权利的同时制定和执行其各自的政策和方案，以协助各国履行其人权义务。⁴⁸

27. 然而，无国界医生组织(MSF)的一项分析表明，各国、国际和区域组织及私人行为者 2004 年至 2007 年期间在营养方面的投入停滞于 2000 至 2004 年以来的 3.5 亿美元。以世界银行的成本计算⁴⁹ 作为出发点，无国界医生组织认为，要克服营养不良问题，营养方面的支出必须大幅度增加并专款专用。⁵⁰ 此外，无国界医生组织还指出，这方面的资金没有用在“正确的地方”，或以最有效的方式使用。⁵¹ 例如，无国界医生组织强调，如果美利坚合众国要放弃目前实物粮食援助的做法(向目的地国输送该国生产的食品)，转而采取在当地购买食品的政策，则可能腾出 6 亿美元的资金。⁵² 另一些捐助方和机构，如欧洲联盟和世界粮食计划署也承认，在应对营养不良问题方面，采购当地生产的食品至关重要。⁵³

28. 与营养不良和相关的儿童疾病作斗争需要问责制，这正是各国的人权义务所确立的。这些义务确立了一个全面的问责制框架，存在大量营养不良儿童的国家有责任依照该框架，积极消除歧视模式(针对妇女和农村地区贫困人口等的歧视模式；见 A/HRC/16/40)，促进最脆弱人口的参与和融合，以及系统性地开展消除腐败和增加透明度等重要工作。人权框架还要求较富裕的国家提供的国际援助能够帮助个人养活自己，不仅仅为实现短期减贫遏制可持续的农业生产方式。⁵⁴ 此外，所有国家应寻求国际法的统一，而非分割，应允许贸易和投资

⁴⁷ F. Coomans, “The Extraterritorial Scope”, p. 18.

⁴⁸ 同上。

⁴⁹ 见 S. Horton 及其他人, *Scaling Up Nutrition: What Will it Cost?* (世界银行, 华盛顿特区, 2010)。

⁵⁰ 无国界医生组织, *Malnutrition: How Much is Being Spent? An Analysis of Nutrition Funding Flows: 2004-2007* (Geneva, 2009)。另见 *The Lancet, Maternal and Child Undernutrition Series*, January 2008。

⁵¹ 同上。

⁵² 同上。

⁵³ 见 Center for Economic and Policy Research, “France Increases Local Rice Procurement for Food Aid; Will the US Follow Suit? ”, 18 July 2011; 世界粮食计划署, “WFP Launches Strategy to Bring Social Security and Stability to Haiti”, 30 March 2010; 法国驻太子港大使馆, “De la fourche à fourchette (suite)”。

⁵⁴ 这方面的内容，见食物权问题特别报告员奥利维尔·德舒特, 《贸易和投资协定对人权的影响评估指导原则草案》，2011 年 7 月 1 日。

制度与人权系统相结合：特别是事关急需为营养不良儿童提供营养食品或为他们感染艾滋病毒的母亲提供抗逆转录病毒药物时更是如此。

三. 可能或已罹患坏疽性口炎的儿童

29. 本研究报告的第一部分强调了解营养不良、儿童疾病与人权之间相互关系的重要性。坏疽性口炎是贫困和儿童营养不良最残酷的表现形式，因此导致了一些最恶劣的侵犯儿童权利的情况。

30. 坏疽性口炎(*cancrum oris*)的病名借用了希腊文中的“吞噬”一词，这种疾病虽不传染，但属于一种感染症，可致面部软、硬组织坏死。⁵⁵ 损伤初期表现为牙龈或唇颊粘膜局部溃疡，然后快速向周围组织扩散，同时，面部感染部位肿胀。如果得不到治疗，肿胀的皮肤会形成坏疽并穿孔，一星期内可导致面部穿孔。⁵⁶ 据称，70%-90%的坏疽性口炎病例导致患者死亡。⁵⁷ 大部分死亡病例可归咎于严重营养不良相关的并发症，如肺炎、腹泄症和败血症。⁵⁸

31. 现有的临床数据一致显示：儿童是这种衰竭性疾病的主要受害者。急性坏疽性口炎主要发生在6岁以下营养不良的儿童当中。⁵⁹ 在青少年和成人中可见到这种疾病的后遗症。⁶⁰ 一些学者在对尼日利亚坏疽性口炎病人开展研究后得出结论认为，在“居住在城市地区富裕地段的尼日利亚上层人士”的子女中未发现坏疽性口炎，“可将其称为一种社会经济疾病，罹患该疾病的主要是贫困、农村社区的贫穷、营养不良儿童”。⁶¹ 医学研究关于主要罹患坏疽性口炎

⁵⁵ C.O. Enwonwu 及其他人，“Noma (*cancrum oris*): Seminar”, *The Lancet*, vol. 386 (2006), p. 147; D. Baratti-Mayer 及其他人，“Noma: an ‘infectious’ disease of unknown aetiology”, *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 3, No. 7, July 2003, p. 419.

⁵⁶ 同上；K. Bos, K. Marck, *The Surgical Treatment of Noma* (Alphen aan den Rijn, Belvedere/Medidac, 2006), pp. 13-14.

⁵⁷ M. Tsechkovski, “A disease such as Noma should not exist”, *Noma Contact*, October 1997, p. 1.

⁵⁸ D.E. Barmes 及其他人，“The need for action against oro-facial gangrene (noma)”, *Tropical Medicine and International Health*, vol. 2, No. 12, 1997, p. 1113.

⁵⁹ 同上；Tsechkovski, “A disease such as Noma should not exist”, p. ; P.A. Van Damme, “Essay: noma” *The Lancet*, vol. 368, December 2006, pp. S61-62.

⁶⁰ 面向非洲，“What is noma? ”. 见 www.facingafrica.org/FA08/content/site/en/pages/whatisnoma/default.asp.

⁶¹ R. S. Phillips, C. O. Enwonwu, W. A. Falkler, “Pro- versus anti-inflammatory cytokine profile in African children with acute oro-facial noma (*cancrum oris*, noma)”, *European Cytokine Network*, vol. 16, No. 1, March 2005, p. 70.

特定人口群体的意见一致：他们是生活极端贫困社区的贫穷和严重营养不良的幼儿。⁶²

A. 坏疽性口炎的历史，这一疾病的发生率和分布情况

32. 坏疽性口炎在古代和中世纪时已为欧洲所知，到二十世纪初时在欧洲和北美仍然很常见。⁶³ 早在十八世纪就有人开始不断认识到，坏疽性口炎与贫困、营养不良和儿童之前所患麻疹等疾病相关。⁶⁴ 欧洲和北美社会的经济进步，使人们有充足的食物喂养子女，因而基本上消除了坏疽性口炎。⁶⁵ 第二次世界大战期间因为食品极度短缺，所以在纳粹伯根-贝尔森和奥斯威辛集中营⁶⁶ 以及另外一些欧洲国家又出现了坏疽性口炎的病例。⁶⁷ 更近些时候，发达国家记录的这一疾病发生在感染艾滋病毒或艾滋病并有营养不良、口腔卫生不良和免疫抑制的病人当中。⁶⁸

33. 中低收入国家，尤其是非洲和亚洲的中低收入国家被认为受坏疽性口炎的影响最为严重。⁶⁹ 从事该领域工作、包括来自非政府组织的专家将从西非和中非某些部分延伸至苏丹的地带称为“坏疽性口炎带”。⁷⁰ 估计大多数坏疽性口炎患者生活在撒哈拉以南的国家，包括乍得、埃塞俄比亚、马里、毛里塔尼亚、尼日尔、尼日利亚、塞内加尔和苏丹。⁷¹ 如图 1 所示，非洲、亚洲和拉丁美洲的另外一些国家也报告了这方面的病例。⁷² 一份有关老挝人民民主共和国坏疽

⁶² C.O. Enwonwu, “Noma – The Ulcer of Extreme Poverty”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 354, No. 3, January 2006, pp. 221–224; M.L. Srouf 及其他人, “Noma in Laos: Stigma of Severe Poverty in Rural Asia”, *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 78, No. 4, April 2008 p. 539.

⁶³ K. Marck, “A History of Noma, the “Face of Poverty”, *Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 111, No. 5, April 2003, pp. 1702–1707.

⁶⁴ 同上。

⁶⁵ R.Voorhoeve, “Review”, *Bulletin of the Netherlands Society of Tropical Medicine and International Health*, vol. 49, No. 1, February 2008, p. 13; Enwonwu, “Noma – The Ulcer”, p. 222.

⁶⁶ Enwonwu, “Noma (cancrum oris)”, p. 148.

⁶⁷ Bos, *Surgical Treatment*, p. 11.

⁶⁸ Enwonwu, “Noma (cancrum oris)”, p. 148; A. G. Buchanan 及其他人, “Necrotizing stomatitis in the developed world”, *Clinical and Experimental Dermatology*, vol. 31, 2006, p. 372.

⁶⁹ P.E. Petersen, “World Health Organization Global Policy for Improvement of Oral Health – World Health Assembly 2007”, *International Dental Journal*, vol. 58, 2008, p. 117.

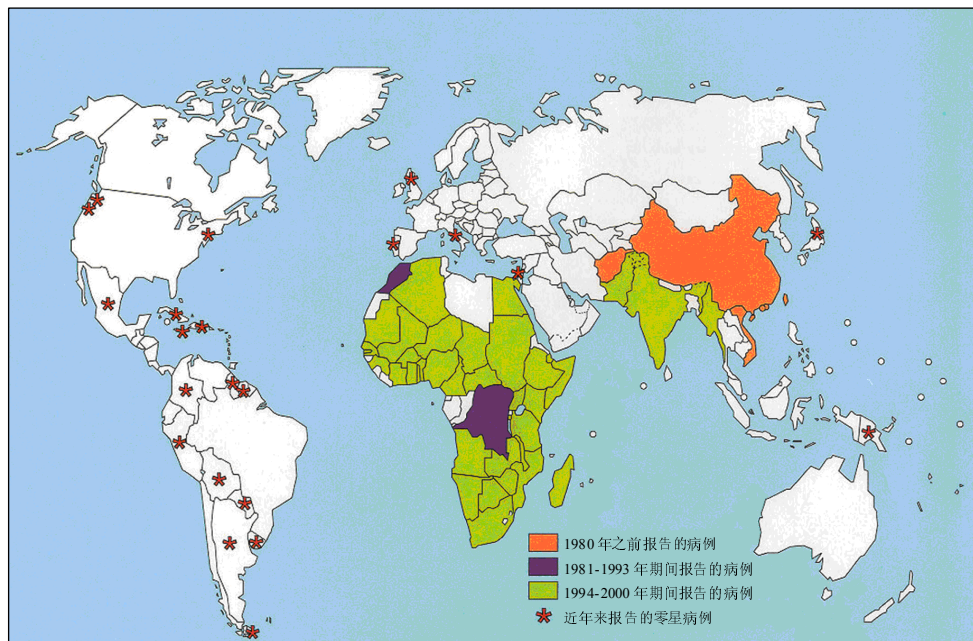
⁷⁰ 坏疽性口炎非洲区域方案管理咨询会议，哈拉雷，2001年4月19日至21日，最后报告：面向非洲“*What is noma?*”。

⁷¹ Bos, *Surgical Treatment*, p. 12; Enwonwu, “Noma (cancrum oris)”, p. 148.

⁷² Bos, *Surgical Treatment*, p. 12.

性口炎的医学报告认为，“在亚洲的偏远农村社区发生的病例可能远远比目前认识到的更为频繁”。⁷³

图 1
坏疽性口炎在全球的分布情况⁷⁴



34. 根据世界卫生组织 1998 年发布的预测，每年有 14 万人感染坏疽性口炎；⁷⁵ 其中有 10 万名儿童。⁷⁶ 存活率在 10%至 20%之间，这意味着每年至少有 11 万人——其中绝大多数为儿童——死于坏疽性口炎。⁷⁷ 根据世界卫生组织《1998 年世界卫生报告》，这一疾病有 77 万名患者存活下来，但留有严重的后遗症。⁷⁸

⁷³ Srouf, “Noma in Laos”, p. 540.

⁷⁴ From P.E. Petersen, “Oral Health”, in K. Heggenhougen and S. Quah (ed.), *International Encyclopedia of Public Health*, vol. 4, (San Diego, Academic Press, 2008), p.684.

⁷⁵ 世界卫生组织，《1998 年世界卫生报告—21 世纪的生活：万众之理想》(日内瓦，1998)，第 45 页。

⁷⁶ B. Neville 及其他人，*Oral and Maxillofacial Pathology*, 3rd ed., (Elsevier Health Sciences, 2008), p. 201.

⁷⁷ 世界卫生组织，《1998 年世界卫生报告》，第 45 页；P.E. Petersen, *The World Oral Health Report 2003: Continuous Improvement of Oral Health in the 21st Century – the Approach of the WHO Global Oral Health Programme* (Geneva: WHO, 2003), pp.7- 8.

⁷⁸ 另见 A. Fieger 及其他人，“An Estimation of the Incidence of Noma in North-West Nigeria”, *Tropical Medicine and International Health*, vol. 8, No. 5, May 2003, p. 402.

35. 2003 年关于坏疽性口炎发病率的数据是根据尼日利亚索科托两所医院收治的坏疽性口炎患者的资料计算出来的。⁷⁹ 研究通过该疾病在尼日利亚西北部的发病率推算撒哈拉沙漠周边国家的情况, 研究表明, 该地区的年发病率为 25,600 例, 全球每年的发病率为 3 万至 4 万例。⁸⁰ 专家认为, 这一数据相当保守, 因为只有不到 10% 的坏疽性口炎患者寻求医治。⁸¹ 用坏疽性口炎方面知名专家 Enwonwu 博士颇有启发性的话语来说, 这些病例仅代表“冰山的一角”。⁸²

36. 在近来粮食和经济危机的背景下, 对最新数据的需要显得更为迫切。普遍认为, 粮食和经济危机对坏疽性口炎的发病率有重要影响, 由于发生这些危机, 遭受饥饿和营养不良的人, 包括儿童的数量急速上升。⁸³ 以前的科学研究已指出, 在经济危机、粮食短缺和坏疽性口炎发病率之间存在联系。一些研究明确指出, 1980 年代在撒哈拉以南非洲的粮食供给减少以及因此出现的严重慢性营养不良是报告的坏疽性口炎病例增加的影响因素之一。⁸⁴ 根据非政府组织哨兵组织(Sentinelles)的记录, 2005 年尼日尔的粮食危机导致该国三年后患坏疽性口炎幼儿的人数增加了一倍。坏疽性口炎病例的增加很有可能是因为 2005 年的粮食危机使一些母亲营养不良, 她们又产下了营养不良的婴儿。⁸⁵ 有关坏疽性口炎的准确和最新资料的重要性不可低估。

37. 在机构层面, 因为缺乏最新数据, 使专注于坏疽性口炎的努力受到阻碍。⁸⁶ 反之, 对坏疽性口炎缺乏重视, 又正是在收集全球急性坏疽性口炎发病率和分布相关资料得不到关注的原因。这一恶性循环导致坏疽性口炎的大多数患儿和其他人得不到治疗、进而被忽视的状况。

⁷⁹ 同上, 第 403 页。

⁸⁰ 同上, 第 402 页。

⁸¹ Enwonwu, “Noma – The Ulcer”, pp. 221–224; Baratti-Mayer, “Noma: an ‘infectious’ disease”, p. 421; M.L. Srour, “Noma in Laos”, p. 539.

⁸² Enwonwu, “Noma – The Ulcer”, pp. 221–224; 另见希望之风基金会、卫生组织非洲区域办事处, Rapport de la 5ème Table Ronde sur le Noma, Geneva, 9 September 2006。见 www.nonoma.org/doc_pdf/rapport_table_rond.pdf。

⁸³ A/HRC/AC/3/CRP.3, 第 11-12 页; 卫生组织, “The Global Food Crisis: Implications for the Health of People in the African Region”, 2008。

⁸⁴ Barmes, “The need for action”, p. 1112。

⁸⁵ P. Joly, 哨兵组织, 与让·齐格勒的通信, 2009 年 7 月 27 日。

⁸⁶ 据说, 非洲区域办事处正在对关于 2007-2008 年在非洲进行的坏疽性口炎问题的调查报告进行定稿。

B. 坏疽性口炎的病因、诱发因素和治疗

38. 研究人员并未查明导致坏疽性口炎的一种具体微生物。⁸⁷ 虽然在微生物学和病理生理学方面缺乏确定性，但专家的广泛共识认为，坏疽性口炎源自若干主要因素的相互作用，包括营养不良、口腔卫生不良(这一点本身也是赤贫的产物)、免疫力降低和口内感染。⁸⁸

39. 首先，营养不良被视为坏疽性口炎的主要诱发因素。⁸⁹ 专家将营养不良描述为发生坏疽性口炎的“必要条件”。⁹⁰ 营养好的非洲儿童中没有坏疽性口炎病例，此外，在营养不良状况极为严重的纳粹集中营出现这种疾病，这些实例为有关营养不良是发生这一疾病的重要罪魁祸首的其他证据提供了有利佐证。⁹¹ 引用 Enwonwu 博士和其他人的话语来说，“这一疾病在全球的分布状况反映出全球营养不良的分布状况”。⁹²

40. 近来的研究正在调查产前营养不良与儿童感染坏疽性口炎之间的关系。在对坏疽性口炎进行记录的一些国家，据称营养不良在子宫中已开始，因为婴儿母亲的营养状况不良，所以导致胎儿生长迟缓和婴儿出生后初期体重过低。⁹³ 出生时体重过低的婴儿患有慢性营养不良，对感染的抵抗力较差，这种情况常常持续至青少年甚至成年后。⁹⁴ 这些因素反过来也是诱发坏疽性口炎的关键影响因素。因此，要预防坏疽性口炎，消除婴儿及母亲的营养不良势在必行。

41. 第二，口腔卫生不良是诱发坏疽性口炎的必要条件。专家认为，如果接受定期和彻底的口腔保健，营养不良的儿童不太可能患坏疽性口炎。⁹⁵ 预防性口腔检查以及为父母提供有关重视口腔卫生良好做法的教育，是防止营养不良儿童罹患坏疽性口炎的关键行动。

⁸⁷ Phillips, “Pro- versus anti-inflammatory cytokine profile”, p.70; Baratti-Mayer, “Noma: an ‘infectious’ disease”; B.J. Paster 及其他人, “Prevalent Bacterial Species and Novel Phylotypes in Advanced Noma Lesions”, *Journal of Clinical Microbiology*, vol. 40, No. 6, June 2002, pp. 2187–2191.

⁸⁸ Fieger, “An estimation”, p. 402; Enwonwu, “Noma (cancrum oris)”, p. 151; Enwonwu, “Noma – The Ulcer”; Bertrand Piccard 进行的采访, «Notre nouveau but: mettre sur pied une Journée mondiale contre le noma», *Tribune Medicale*, 29 September 2006.

⁸⁹ 同上。

⁹⁰ Barmes, “The need for action”, p. 1111.

⁹¹ Enwonwu, “Noma (cancrum oris)”, p. 151.

⁹² 同上。

⁹³ C.O. Enwonwu, “Ruminations on the causation of noma”, *Stomatologie*, vol. 104, No. 1, 2007 pp. 43–44.

⁹⁴ 同上。

⁹⁵ 无国界医生组织提交的资料，2011年11月。

42. 第三，因为营养不良和感染，如感染麻疹、疟疾、肺结核和艾滋病毒导致免疫系统衰弱，也是诱发儿童坏疽性口炎的因素之一。⁹⁶

43. 第四，研究显示，口腔中正常微生物含有大量细菌，可能破坏已衰弱的免疫系统的抵抗力。⁹⁷ 专家目前一致认为，急性坏死性牙龈炎是坏疽性口炎的先兆。⁹⁸ 过去认为坏死梭杆菌和中间普氏菌在这一过程中发挥主要作用，导致正常口腔菌群的菌种成为病原体，⁹⁹ 但近来采用更先进技术进行的调查未能查明导致坏疽性口炎的某种特定菌剂。¹⁰⁰

44. 诱发坏疽性口炎的其他重要风险因素包括不安全的饮用水和脱水、卫生设施差，包括不卫生的住房条件以及近距离接触无人照管的家畜等。¹⁰¹

45. 坏疽性口炎患者可能在极短的三个星期时间内就进入临终阶段。¹⁰² 卫生组织明确了坏疽性口炎的四个阶段以及与每个阶段相应的不同治疗方法。在患坏疽性口炎的初期阶段，即牙龈出血和发生病变时，可采用“简单、有效、低成本”的治疗方法，¹⁰³ 使用消毒漱口水，每天摄入含有维生素的食物。¹⁰⁴ 进入面部浮肿和发烧的第二个阶段时，漱口水、抗生素药物和补充营养素至关重要。¹⁰⁵ 这些做法已表明可防止该疾病从初期的溃疡发展为大面积坏疽，大面积坏疽需要紧急治疗，疾病的最后阶段要进行昂贵的整形手术。¹⁰⁶ 该疾病的幸存者常有面部畸形和功能损伤。医生们指出，坏疽性口炎的常见后遗症包括下颌运动受到限制

⁹⁶ Bos, *Surgical Treatment*, p. 13.

⁹⁷ Fieger, “An estimation”, p. 402.

⁹⁸ Baratti-Mayer, “Noma: an ‘infectious’ disease”, p. 421; P. Moynihan, P.E. Petersen, “Diet, Nutrition and the Prevention of Dental Diseases”, *Public Health Nutrition*, vol. 7, No. 1A, February 2004, p. 203.

⁹⁹ Neville, *Oral and Maxillofacial Pathology*, p. 201; 另见 Srour, “Noma in Laos”, p. 539.

¹⁰⁰ Paster, “Prevalent Bacterial Species”, pp. 2187–2191; I. Bolivar 及其他人, “Bacterial diversity in oral samples of children in Niger with acute Noma, acute necrotizing gingivitis, and healthy controls”, submitted to the *Journal of Clinical Microbiology*.

¹⁰¹ P.E. Petersen, “World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007”, *International Dental Journal*, vol. 58, 2008, p. 117.

¹⁰² 卫生组织题为“预防疾病，让你的孩子张开口：预防坏疽性口炎”的宣传活动。

¹⁰³ Bos, *Surgical Treatment*, p. 18.

¹⁰⁴ 卫生组织“预防疾病”宣传活动。

¹⁰⁵ 同上；Bos, *Surgical Treatment*, p. 18；Srour, “Noma in Laos”, p. 539.

¹⁰⁶ 同上。

以及上颌骨、下颚骨或其他面部骨骼部分缺损。¹⁰⁷ 如果不施行整形手术，“幸存儿童可能永远无法重新正常说话或进食。”¹⁰⁸

46. 上一节中指出，与坏疽性口炎相关的死亡率很高，然而，如果尽早发现并采用清洁口腔、抗生素和摄入营养素等相应的治疗方式，死亡率可能从 70%至 90%降低至约 20%。¹⁰⁹ 因此，及早发现这一疾病的临床症状并及时实施治疗对挽救患坏疽性口炎儿童的生命至关重要。

47. 消除坏疽性口炎的诱发因素可降低这一疾病的发生率；在这方面需要全面的视角。因此，解决口腔卫生问题以及慢性和急性营养不良问题应当成为与坏疽性口炎作斗争的优先事项。为预防感染注射疫苗，如针对使免疫系统衰弱的麻疹注射疫苗，可能大幅度降低坏疽性口炎的发生率。¹¹⁰ 采取坚决行动改善卫生条件，促进获得清洁的饮用水和适当住房，提供有关口腔卫生和母乳喂养重要性的信息，同时对来自农村地区和贫民区的弱势群体儿童及他们的母亲给予关注，以上措施在与坏疽性口炎的斗争中不可或缺。总体而言，与赤贫作斗争就是与坏疽性口炎作斗争。

C. 应对坏疽性口炎和减轻罹患该疾病儿童痛苦的举措

48. 卫生组织在一些非政府组织和国家政府关于坏疽性口炎复发相关报告的推动下，在 1989 年世界卫生大会期间举办了有关坏疽性口炎的第一次情况介绍会。¹¹¹ 随后于 1994 年通过了应对坏疽性口炎的五点行动方案，其中包括：预防——确保为各公共卫生机构提供有关早期诊治的培训和提高认识宣传，提高公众，尤其是母亲的认知，为其提供相关信息；流行病学和监测——了解坏疽性口炎的发生率，将对这一疾病的监测纳入现有流行病监测系统；病原学研究——明确坏疽性口炎的病因以及某些儿童发病而另一些儿童不发病的原因；初级保健——包括确保提供必要的防腐剂、药品和营养补充；手术和康复。¹¹²

¹⁰⁷ Barmes, “The need for action”, p. 1113.

¹⁰⁸ 同上。

¹⁰⁹ Bos, *Surgical Treatment*, p. 18.

¹¹⁰ Fieger, “An estimation”, p. 406.

¹¹¹ Bos, *Surgical Treatment*, p. 15; 见 Edmond Kaiser 的重要投入，www.medicine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2006_2007/travaux/07_r_noma.pdf.

¹¹² D.M. Bourgeois, M.H. Leclercq, “The World Health Organization initiative on noma”, *Oral Diseases*, vol. 5, 1999, pp. 153–154.

49. 1998 年，世界卫生组织非洲区域委员会宣布坏疽性口炎为非洲大陆重要事项之一。¹¹³ 继区域协商委员会于 2000 年作出一项决定之后，有关坏疽性口炎的方案活动由日内瓦的世界卫生组织总部移交给世界卫生组织非洲区域办事处。¹¹⁴ 2008 年，坏疽性口炎被纳入《非洲区域综合疾病监测与应对技术准则》中有待消除和根除的疾病名单。¹¹⁵

50. 本研究报告无法充分评估将应对非洲坏疽性口炎的责任从世界卫生组织的日内瓦总部移交给世界卫生组织非洲区域办事处(见上文)的影响。但有一点可以确定，即责任移交之后，坏疽性口炎的状况不再具有全球视角。应对坏疽性口炎的活动由只设在非洲大陆的世界卫生组织非洲区域办事处协调，因此，1994 年关于坏疽性口炎的五点行动方案及技术准则只针对非洲适用，而亚洲和其他地区的儿童被排除在监测、保健、手术和康复活动之外。从公共卫生的角度来看，忽视亚洲和世界上另外一些营养不良比例过高，儿童可能面临罹患坏疽性口炎风险的地方，本身就是一个严重问题。从人权角度来看，这一现象可能构成对可能或罹患坏疽性口炎儿童权利的侵犯。

51. 在非洲地区与坏疽性口炎的斗争已取得了一些进展。在这方面，必须注意到非洲或其他地方的非政府组织、慈善机构和个人开展活动的重要性。这些机构和个人提供经济、物流、药品、手术和术后支持与援助，并开展病原学研究，是抗击坏疽性口炎的驱动力量。¹¹⁶

52. 世界卫生组织非洲区域办事处的坏疽性口炎区域方案长期接受来自希望之风基金会的资金，该基金会发起了 No-Noma 国际坏疽性口炎联合会，联合会集合了 30 多名成员。¹¹⁷ 上述方案在贝宁、布基纳法索、马里、尼日尔、塞内加尔和多哥六个西非国家开展坏疽性口炎的预防、早期发现和管理活动。¹¹⁸ 位于所谓的“坏疽性口炎带”和营养不良比率较高的另外一些非洲国家现在还没有纳入卫

¹¹³ 世界卫生组织，“The World Health Organization Action Against Noma – Some Important Landmarks”，Noma Contact, July 2006, p. 2。

¹¹⁴ 坏疽性口炎非洲区域方案管理咨询会议，最后报告；Bos, *Surgical Treatment*, p. 15。

¹¹⁵ 世界卫生组织非洲区域办事处，《非洲区域综合疾病监测与应对技术准则》第二版，(布拉柴维尔，2010)。

¹¹⁶ 提供一份致力于坏疽性口炎工作的所有非政府组织的完整名单超出了本研究报告的能力范围。

¹¹⁷ 见 <http://www.nonoma.org/index.php>。

¹¹⁸ 让·齐格勒和 I. Cismas 与 B. Varenne 医生的通信；世界卫生组织非洲区域办事处、尼日尔卫生部、希望之风基金会、坏疽性口炎区域方案，“Rapport de l’atelier conjointement organisé par le Bureau Régional de l’OMS pour l’Afrique et le Ministère de la santé publique du Niger”，7–9 December 2010, Niamey。

生组织的坏疽性口炎区域方案，但有报告表明，若干其他非洲国家高度重视“严重口腔卫生问题”，其中包括坏疽性口炎。¹¹⁹

53. 德国的坏疽性口炎救助行动基金会是一家非政府组织，该组织通过在尼日尔和几内亚比绍设立疫苗接种中心、坏疽性口炎儿童之家和医院，致力于坏疽性口炎的预防和治疗及愈后护理，¹²⁰ 该组织为卫生组织非洲区域办事处提供支持，就在非洲区域综合预防和管理坏疽性口炎等主要的口腔疾病编写了手册。¹²¹

54. 一些非政府组织和慈善机构为非洲坏疽性口炎幸存者的整形手术提供资金，并越来越多地投资于患者在本国的愈后护理。这些组织包括英国的“面向非洲”基金会，该组织资助外科医生、麻醉师和护士志愿者团队每年多次访问尼日利亚和埃塞俄比亚，为坏疽性口炎受害者做手术。¹²² 德国的 AWD 儿童救助基金会和瑞士坏疽性口炎救助协会分别活跃于尼日利亚和几内亚比绍。¹²³ 此外，荷兰坏疽性口炎基金会、Interplast 法国和 PhysioNoma 也参与这方面的活动。¹²⁴ 哨兵组织开展提高认识的宣传、预防工作和治疗并为布基纳法索和尼日尔罹患坏疽性口炎儿童接受手术提供资金支持。¹²⁵

55. 多学科坏疽性口炎日内瓦研究小组发起了一项大型病例控制研究，对尼日尔 12 岁以下儿童的急性病例进行研究，旨在查明坏疽性口炎的确切病因并确定治疗方法。¹²⁶ 在过去十年中，Enwonwu 博士探索坏疽性口炎的发病原理，帮助人们更好地了解病毒(坏疽性口炎现在被视为与艾滋病毒的双重感染)、¹²⁷ 细菌、寄生物和在居所附近饲养家畜等因素可能对这一毁灭性疾病的成因发挥的潜在作用。¹²⁸

¹¹⁹ 世界牙科联盟、卫生组织，非洲区域口腔卫生规划会议，会议报告，2004 年 4 月 14 至 16 日，内罗毕。

¹²⁰ www.nomahilfe.de/index.php?id=69&L=1；坏疽性口炎救助行动基金会驻尼日尔代表及协调员 Leo Sibomana 提交的资料，1996-2006,2009 年 7 月 24 日。

¹²¹ 让·齐格勒和 I. Cismas 与 B. Varenne 医生的通信。

¹²² 见 www.facingafrica.org。

¹²³ 见 www.awd-stiftung-kinderhilfe.de/kinderhilfe/en/home/Our_projects/sokoto_noma_project.html 和 www.noma-hilfe.ch/。

¹²⁴ 见 www.noma.nl, <http://missions-interplast.blogspot.com> 和 <http://www.physionoma.fr>。

¹²⁵ www.sentinelles.org/soinsenfants.htm。

¹²⁶ D. Baratti-Mayer 及其他人，“GESNOMA (Geneva Study group on Noma): an aetiological research on noma disease”, *Stomatologie*, vol. 104, No. 1, pp. 1-2. 另见 www.gesnoma.org。

¹²⁷ 无国界医生组织，“Noma – what is it, where is it and what to do? ”, 1 July 2011 (未发表的研究报告)。

¹²⁸ 见 www.dental.umaryland.edu/dentaldepts/micropath/enwonwu_mission.html。

D. 罹患坏疽性口炎的儿童遭遇的歧视和对该疾病本身的忽视

56. 坏疽性口炎幸存儿童除了遭受身体畸形和功能受损以外，还受到侮辱，排斥和歧视。由于普通大众，特别是儿童的母亲得不到适当信息，坏疽性口炎往往被视为“来自魔鬼的”诅咒，进而被视为家庭的耻辱。社会对坏疽性口炎赋予的耻辱有时促使家庭将其子女藏匿起来，或将他们隔离开来，让他们与动物居于一处，而不是为他们寻求医治。¹²⁹ 这些儿童获得尽早治疗和恢复的机会因此变得更加渺茫。由于坏疽性口炎儿童死亡率本来已经很高，将他们藏匿起来几乎相当于判处其死刑。即使他们能够存活，这些被藏起来的患病儿童也被排除在有关该疾病的统计数据之外。因此，相关当局紧迫和当务之急的人权义务就是去除有关坏疽性口炎的神秘性，为卫生工作者和家长提供有关如何识别和治疗坏疽性口炎的信息。除了获得适当和及时的医治以及不受歧视的权利以外，保护这类儿童的生命权高于一切。

57. 坏疽性口炎的幸存者一生受到歧视的侵害。他们试图藏起缺损的面容，还常常陷于穷困的生活，因为他们患有这种疾病或社会原因，使他们无法获得教育、体面的工作场所或适足的住房。坏疽性口炎的受害者与麻风病患者类似，受到他们自己的社区驱赶和排斥。¹³⁰ 因此，整形手术提供了罕有的机会，能够使幸存者不受歧视地生活。致力于这方面工作的个人和非政府组织是该领域的唯一行动者，他们常常在自己的业余时间免费提供整形手术(见下一节)。但是，据许多非政府组织报告，它们遇到一些官僚主义障碍和腐败问题，使那些本来就很难获得体面的生活和生计的脆弱人群本已渺茫的机会受到进一步影响。

58. 忽视坏疽性口炎这一疾病本身的后果影响深远。它是确定坏疽性口炎的发病率及保证对其进行监测的主要障碍。¹³¹ 为了克服流行病监测方面的困难，卫生组织非洲区域办事处正在制定计划，打算与卫生组织被忽视的热带疾病方案合作。¹³² 这一合作也许能够说明，坏疽性口炎是一种被忽视的疾病，这一点的确已得到广泛承认，因此应被正式给予被忽视疾病的地位。

59. 忽视这一疾病对罹患急性坏疽性口炎儿童及时获得所需的治疗和今后接受整形手术有巨大的影响。例如，Srouf 医生认为，在亚洲，只有人数很少的医生了解坏疽性口炎，他们可能识别不出这种疾病，因为它极少被视为存在于亚洲的

¹²⁹ Bourgeois, “WHO initiative on noma”, p. 173; Baratti-Mayer, “Noma: an ‘infectious’ disease”, p. 421; .E. Tonna 及其他人, “A Case and Review of Noma”, *Neglected Tropical Diseases*, vol. 4, No. 12, December 2010.

¹³⁰ Noma: The Face of Poverty, The International Noma Day, 2008。见 www.nonoma.org/doc_pdf/world_noma_day_anglais.pdf。

¹³¹ Bourgeois, “WHO initiative on noma”, pp. 172–173.

¹³² 让·齐格勒和 I. Cismas 与 B. Varenne 医生的通信。

疾病。¹³³ 在亚洲和其他地方提供有关坏疽性口炎的信息和培训是每个国家应承担的责任，卫生组织必须发挥带头作用。然而，据这一领域的专家报告说，坏疽性口炎受到政治当局的忽视或彻底地不予理睬，使忽视这一疾病本身的恶性循环及坏疽性口炎患者受到的歧视变得更为长久。因此，坏疽性口炎儿童是一个被忽视的受害者群体的说法并不牵强。

60. 尽管坏疽性口炎的相关死亡率与多发性硬化症和阑尾炎等疾病不相上下，但这一疾病未纳入卫生组织的年度全球报告。¹³⁴ 此外，坏疽性口炎没有与疟疾、腹泻症、感染艾滋病毒/艾滋病、麻疹、肺结核和严重慢性营养不良等病症一并列为主要致命疾病；然而，它却是上述这些疾病的并发症。¹³⁵ 2010年《卫生组织关于被忽视的热带病第一份报告：全球影响与防治对策》也没有包括坏疽性口炎。¹³⁶ Alexander Fieger 认为，这一现象说明，不论是坏疽性口炎非常普遍的贫困国家还是在卫生组织和世界银行等世界机构，都没有对坏疽性口炎进行监测的良好系统，缺乏公共卫生政策制定者对这一疾病的关注。¹³⁷

61. 无国界医生组织近来就围绕坏疽性口炎的医学人道主义问题开展了一项调查。其结论认为，该疾病“不仅被忽视，它还得不到承认，对这一疾病的认识和提供资金的程度较低以及缺乏全球监管的状况令人担忧。无国界医生组织目前正在进行的涉及营养不良的项目确保为发现和治理坏疽性口炎提供高级别专门人才，除此以外，该组织正在计划开展审查，以确定如何实现使卫生组织和其他全球卫生行为者将坏疽性口炎作为一种被忽视的疾病予以更多承认的目标。”¹³⁸

62. 坏疽性口炎得不到政府资金的重视，也未得到主要的人权或人道主义非政府组织的关注。在起草过程中接受咨询的所有行为者无一例外地表示，在抗击坏疽性口炎方面还需要做更多工作，应以旨在消除贫困和减少营养不良状况的政策为出发点，各国与相关专门机构也应承担起责任。

63. 作为卫生组织坏疽性口炎非洲区域方案的主要供资机构，希望之风基金会在关于咨询委员会初步研究报告的声明中指出：

“联合国人权理事会作出一项明确声明可有力地促进政治当局和其他国际组织提高对抗击这一受到忽视和致命的贫困病的认识，可鼓励各国政府执行可能使现实大为改观的实际措施。”¹³⁹

¹³³ Srour, “Noma in Laos”, p. 540.

¹³⁴ Fieger, “An estimation”, p. 405.

¹³⁵ Enwonwu, “Ruminations”, p. 43.

¹³⁶ 卫生组织，日内瓦，2008年。

¹³⁷ Fieger, “An estimation”, p. 405.

¹³⁸ 与无国界医生组织 J. Tong 的通信，无国界医生组织行动事务副医务主任 A. Slavuckij。

¹³⁹ 希望之风基金会的声明，2011年12月8日。

64. 卫生组织在有关初步研究报告的资料中表示，“希望该研究有助于提高卫生组织成员国对应对坏疽性口炎的关注和支持力度，以及加强其在这方面的任务。正如研究报告所建议的，这类支持可能有助于确保该方案独立于其领导机构所在地，在全球履行任务”。¹⁴⁰

四. 结论和建议

65. 本研究报告重申儿童在其中出生、成长和生活的社会经济条件对其获得健康的机会的影响。减少营养不良和儿童疾病不能不关系到消除赤贫及其直接后果——侮辱、歧视与排斥。以下重要行动来自人权法义务：

(a) 儿童发育迟缓和身体消瘦比率过高的国家及捐助国应加大抗击营养不良问题的力度；¹⁴¹

(b) 应增加专门针对营养问题的国际援助。这类援助应参照人权框架，获得更有效的使用，使个人能够养活自己，而非助长周而复始的依赖现象；

(c) 减少贫困和营养不良方面的政策应优先重视最脆弱群体。系统地解决性别歧视、对来自农村地区和贫民区贫困者的歧视、排斥和腐败问题，是为儿童创建更美好未来的首要条件。

66. 本研究报告表明，坏疽性口炎是一种被忽视的疾病，在全球范围内导致儿童死亡、畸形，摧毁他们的生活。这是一种由赤贫导致的疾病，营养不良是主要诱发因素。坏疽性口炎这一纳粹集中营中的疾病在当今世界仍然存在，不仅引起对我们道德的怀疑，还证明国际社会中最脆弱的成员——儿童的人权受到严重忽视和侵犯。各国与国际组织应对忽视坏疽性口炎受害者承担责任。因此提出以下建议：

(a) 仅通过卫生组织非洲区域办事处关注非洲的坏疽性口炎问题并不够；应在全球层面应对坏疽性口炎。这方面的工作包括全球监测、预防、初级保健、外科与恢复治疗以及病原学研究。

(b) 应增加在非洲抗击坏疽性口炎的政府和私人资金，立即为其他地区提供资金并由卫生组织协调工作。

(c) 受影响国家必须制定坏疽性口炎行动计划，并任命一名坏疽性口炎问题联络人。

¹⁴⁰ 卫生组织提交的资料，2011年11月25日。

¹⁴¹ See <http://siteresources.worldbank.org/NUTRITION/Resources/2818461131636806329/PolicyBriefNutritionScalingUpApril.pdf>.

(d) 应探索提高医学界、政府机构、私人捐助方和公众对坏疽性口炎问题认识的模式。作为实现这一目标的手段，卫生组织应正式承认坏疽性口炎为被忽视的疾病之一。各国应在世界卫生大会时推动通过一项决议，将坏疽性口炎纳入被忽视的疾病名单。

(e) 咨询委员会请人权理事会鼓励各国执行人权原则与准则，促进对可能或已遭受营养不良，尤其是对可能或已罹患坏疽性口炎儿童的保护。

Annex

Human rights principles and guidelines to improve the protection of children at risk or affected by malnutrition, specifically at risk of or affected by noma¹⁴²

I. Principles

A. The rights of the child

1. Children at risk or affected by malnutrition and noma are entitled on an equal basis to other individuals to the rights proclaimed by the Universal Declaration of Human Rights, enshrined in international human rights instruments to which their respective States are parties, including in the Convention on the Rights of the Child, the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights and the International Covenant on Civil and Political Rights, as well as to the rights stipulated by customary international law. The well-being and human rights of children are intrinsically linked to the right of their mothers. The full realization of the rights stipulated by Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women is thus paramount for the fulfilment of the rights of women and of children, including those at risk/affected by malnutrition and noma.

2. States have an international obligation to respect, protect and fulfil the rights of the child and of their parents. Authorities at local, regional and national level are bound by these obligations. State decisions regarding children should be guided by the principles of non-discrimination, adherence to the best interests of the child, the right of children to life, survival and development, and the right of children to participate in matters that affect them.

3. Every child, including a child at risk/affected by malnutrition and noma, has the inherent right to life. States Parties shall ensure to the maximum extent possible the survival and development of the child.

4. Every child, including a child at risk/affected by malnutrition and noma, has the right to food. States shall respect, protect and fulfil the right of the child to have regular and permanent access to quantitatively and qualitatively adequate and sufficient food that ensures a physical and mental dignified life free of hunger and malnutrition.

5. Every child, including a child at risk/affected by malnutrition and noma, has the right to water and sanitation. States shall respect, protect and fulfil the right to safe drinking water and sanitation, and thus take steps to realize the physical and economic access to

¹⁴² The parallel to leprosy and the findings of the study on severe malnutrition and childhood diseases with children affected by Noma as an example has led the Committee to consider as a model for further action the Principles and guidelines for the elimination of discrimination against persons affected by leprosy and their family members prepared by Shigeki Sakamoto, adopted by the Committee (A/HRC/15/30) and of which the Human Rights Council has taken note with appreciation (A/HRC/15/L.18). Special thanks for the input on the earlier draft of the principles and guidelines aimed at improving the protection of children at risk or affected by malnutrition, specifically at risk of or affected by noma are due to the Government of Canada (submission on A/HRC/AC/7/CRP.2, not dated).

sanitation which is safe, hygienic, secure, socially and culturally acceptable, provides privacy and ensures dignity.

6. Every child, including a child at risk/affected by malnutrition and noma, has the right to the enjoyment of the highest attainable standard of health and to facilities for the treatment of illness and rehabilitation of health. The health of the mother is vital in preventing malnutrition in children and hence preventing noma. Therefore particular attention must be given to the health and nutrition of women, in particular during the pre- and post-natal period.

7. A mentally or physically disabled child, including as a result of malnutrition and/or noma, has the right to enjoy a full and decent life, in conditions, which ensure dignity, promote self-reliance and facilitate the child's active participation in the community.

8. Every child, including a child at risk/affected by malnutrition and noma, has the right to adequate housing. States shall respect, protect and fulfil the right to housing by ensuring access to secure, affordable, sanitary, culturally adequate shelter and characterized by availability of services, materials, facilities and infrastructure essential for health, nutrition and comfort.

9. Every child, including a child at risk/affected by malnutrition and noma, has the right to education. States shall respect, protect and fulfil the right of children to education, which is available, accessible, acceptable and adaptable.

10. Every child, including a child at risk/affected by malnutrition and noma, and her/his parents have the right to seek, receive and impart information.

B. Equality and non-discrimination

11. Every child, including a child at risk/affected by malnutrition and noma, and her/his parents have the right to exercise their rights and freedoms without de jure or de facto discrimination of any kind as to race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth, disability or other status. The prohibition on discrimination gives rise to both positive and negative obligations of States. In particular, States shall ensure that a child or an adult with sequelae is not discriminated against based on her/him being affected by noma.

C. International cooperation and assistance

12. States have undertaken to cooperate internationally and to promote and encourage international assistance with a view to achieving progressively the full realization of economic, social and cultural rights and the rights of the child. This commitment is equally to be upheld for the full realization of the rights of children at risk or affected by malnutrition or noma.

II. Guidelines

13. Acknowledging that the worsening of the world food crisis, which seriously undermines the realization of the right to food for all, including mothers and children, and threatens to further undermine the achievement of the Millennium Development Goals, States shall urgently take all necessarily measures to diminish child morbidity and mortality ensuing from the intersection of malnutrition and childhood diseases, which threaten the development and survival of the child. To this end:

(a) States should prioritize the budgetary spending on the prevention and treatment of malnutrition in children and women. Donor States should sharply increase earmarked international assistance for nutrition which respects and promotes human rights and does not increase the vulnerability of children and their parents on long-term;

(b) States should establish national strategies for the prevention and treatment of chronic and acute malnutrition in children and women. The national strategies should apply a human rights framework and thus respect, protect and fulfil the right to food, the right to water and sanitation, the right to health, the right to housing, the right to education and the right to information of the child and her/his parents and eliminate discrimination patterns in particular in relation to women or the poor living in the rural area;

(c) States should establish food insecurity and vulnerability maps and use disaggregated data to identify any form of discrimination that may manifest itself in greater food insecurity and vulnerability to food insecurity, or in a higher prevalence of malnutrition among specific population groups, in particular children, with a view to removing and preventing such causes of food insecurity or malnutrition. They should use this food insecurity and vulnerability maps in implementing the national strategies for the prevention and treatment of chronic and acute malnutrition in children and women;

(d) States should promote a resolution at the World Health Assembly to list noma as a neglected disease;

(e) States, in collaboration with the World Health Organization, should take all necessary steps to establish the incidence of noma at the global level and assure the surveillance of the disease in all affected States by incorporating it into existing epidemiological surveillance systems;

(f) All affected States should adopt a noma action plan focusing on the elimination of discrimination in all spheres of life of children affected by noma and adults with sequelae, on awareness raising and prevention of noma, on primary health care, surgery and rehabilitation of children at risk/affected by noma. Inter alia, the following priorities should be set:

- (i) States should ensure that de jure and de facto discrimination of children affected by noma and adults with sequelae is eliminated. Particular attention should be given that children with noma are not isolated or hidden away by their families or communities, that they have access to sufficient nutritious food, to timely and qualitative health care, to education, and that they have adequate housing, clean drinking water and sanitary conditions of life;
- (ii) States should raise awareness about noma through all means, including by using media and health workers to inform communities, in particular mothers, social and religious leaders with the view to remove the social stigma attached to this disease and the discrimination of children affected by noma and adults with sequelae;
- (iii) States should undertake targeted information campaigns through media and health workers for mothers, comprising information on breastfeeding, on complementary feeding of infants after the age of 6 months, and on improved hygiene practices including washing of hands. States should ensure access to specific educational information to help to ensure the health and well-being of women, including information and advice on family planning;
- (iv) States should systematically provide information and tackle administratively and legislatively cultural food practices, which amount to discrimination

against women and are detrimental to the nutrition and health of mothers and their children;

- (v) States should ensure training and education for each public health structure on early diagnosis and treatment of noma, including in respect to the crucial relevance of malnutrition as a risk factor of noma;
- (vi) Oral checks during health investigation of infants and children should be mandatory in order to identify the first signs of noma, usually acute necrotizing gingivitis;
- (vii) Mouth-rinses, antibiotics and nutritional supplements should be made available and free of charge for children with acute necrotizing gingivitis;
- (viii) States should to the maximum of their available resources ensure access to reconstructive surgeries for children and adults with sequelae from noma and to rehabilitation and should seek international cooperation and assistance to that end;
- (ix) States should ensure that no bureaucratic barriers or hurdles stemming from corruption are preventing the activity of international organizations and NGOs related to awareness raising, prevention, primary health surgery and rehabilitation in relation to noma;
- (x) States should promote collaborative programmes involving the Government, NGOs and private institutions to raise funds and develop programmes to improve the standard of living of children affected by noma and adults with sequelae;
- (xi) States should appoint a noma focal person to liaise with the World Health Organization, the United Nations Children's Fund, NGOs and other actors working on noma.

14. States are encouraged to include in their State party reports to the relevant treaty bodies, specifically, the Committee on the Rights of the Child, information on the adopted noma action plans and on the progress as well as problems encountered during implementation.
