



## 决议和决定实施情况

### 婴幼儿营养

本文件是对文件EB101/10第11部分的补充。它对儿童营养不良的最严重形势提供了更为全面的评价，提出在减轻这些营养不良问题方面取得的进展，以及会员国和世界卫生组织特别为对WHA33.32 (1980)，EB97.R13 (1996) 和WHA49.15 (1996) 等诸项决议作出反应所采取的行动。

### 目 录

	页 次
背景	2
蛋白质-热能营养不良	3
微量营养素性营养不良	5
婴幼儿喂养	7
超重和肥胖儿童	11
紧急情况下的营养问题	11

## 背景

1. 蛋白质-热能营养不良，碘缺乏症，维生素A缺乏症，贫血，以及其它特定物质缺乏症仍然影响着几乎1/3的婴幼儿，造成生长迟缓，发育停滞，脑损害，盲症，残疾和死亡。由于国际营养会议（1992年于罗马）宣称饥饿和营养不良是不能接受的，各国政府就饥饿和营养不良的性质，造成的多种原因，以及为预防，减少和最终消灭营养不良而需采取紧急行动达成了一项新的全球共识。就2000年的9项目标（如下）和战略行动的9个领域达成一致意见；在世界营养行动宣言和计划<sup>(1)</sup>中详细阐明了会员国和国际社会的职责。从那时起，至少有140个会员国利用宣言和计划作为共同蓝图，发展或加强了它们的营养规划；从而，为明显地改善国家，区域和全球范围的儿童营养提高了承诺和增加了资源。

### 世界营养宣言的9项目标（1992年于罗马）

作为营养行动计划的基础和制订国家行动计划的指南，以及在规定的时限内制订可衡量的总目标和各项目标，我们（部长和全权代表）保证竭尽一切努力在本十年末消除下述现象：

- 饥荒和与饥荒有关的死亡。
- 因自然和人为灾害造成社区中的饥荒和营养缺乏疾病。
- 碘和维生素A缺乏症。

我们还保证在本十年内大幅度减轻下述现象：

- 饥饿和广泛的长期饥荒。
- 营养不良，特别是儿童，妇女和老年人。
- 其它重要的微量营养素性缺乏症，包括铁缺乏症。
- 与饮食有关的传染病和非传染病。
- 对理想的母乳喂养所存在的社会和其它障碍。
- 环境卫生设施不足及不良公共卫生，包括不安全的饮用水。

(1) 在1993年世界卫生大会上获得全面通过（WHA46.7号决议）。

## 蛋白质—热能营养不良

2. 全球在这方面的进展缓慢，完全无法实现到2000年时将流行水平减少为1990年时的50%的目标。目前，大约有1亿6800万5岁以下的儿童，即超过这一年龄组儿童的1/4 (27%) 就体重对年龄而言仍患有营养不良。然而，与1975年患营养不良的大约2亿儿童—占1/3 (36%) —相比较，显然已取得了重大进展。

3. 在一些区域，例如非洲，营养不良儿童的实际数字事实上随着人口的增加而增加。自然灾害，战争，内乱，以及人口迁移只能使形势更加恶化；然而，营养不良儿童在非洲占21%，拉丁美洲仅占3%，其中3/4以上仍在亚洲（特别是南亚）。

4. 造成的有关发病和死亡是很不幸的，它占发展中国家5岁以下儿童每年1200万死亡的一半以上 (54%)，减少了体育活动，降低了对感染的抵抗力（特别是腹泻，呼吸系统疾病和麻疹），并损及智力发展和认识能力。

## 宫内生长迟缓

5. 以宫内生长迟缓为衡量的严重营养不良是发展中国家的一个主要临床和公共卫生问题，根据以106个发展中国家数据为基础的对宫内生长迟缓在全球的严重程度和地理分布进行的第一次深入调查<sup>(1)</sup>，在发展中国家，每年大约有3千万新生儿 (24%) 处于宫内生长迟缓状态。当使用更加传统的足月婴儿 (>怀孕37周时 < 2500克) 宫内生长迟缓指数来比较估计的区域发生率时，发展中国家的新生儿所占百分比为11%，而发达国家却约占2%。亚洲的人数最多（几乎占75%）。

6. 在发展中国家，孕产妇营养是宫内生长迟缓的主要决定因素，所表现的症状有妊娠体重低增长，孕前身体体质低指数，以及孕妇身材矮小。孕期贫血，妊娠肠道和呼吸道感染，疟疾和吸烟也是重要的致病因素。应将宫内生长迟缓的高发生率解释为一项对育龄妇女营养不良和发病率风险的紧急公共卫生警告，而不仅是一项新生儿高危指数。

---

(1) de Onis M, Blossner M, Villar J. 发展中国家宫内生长迟缓的程度和模式。欧洲临床营养杂志，1997年11月。在这方面宫内生长迟缓被定义为重量低于出生体重对怀孕月份参考曲线的第10个百分点。

## 行动和进展

7. 蛋白质—热能营养不良的全球高发生率掩盖了因众多会员国为抵御营养不良及其潜在原因而分配的大量资源所取得的显著成果；最近对60个发展中国家进行了调查，其中25个在儿童营养状况方面取得了可衡量的进展，蛋白质—热能营养不良正在下降，其中包括非洲25个国家中的6个国家，拉丁美洲19个国家中的9个国家，东地中海5个国家中的4个国家，东南亚6个国家中的3个国家，以及西太平洋5个国家中的3个国家。

8. 到1997年6月时，134个会员国（70%）已采用世界宣言和行动计划制定，修订或加强了国家规划，以满足其各自的特定需求，包括发展政策中的营养目标；改进婴儿喂养；食品质量和安全；照顾诸如难民等脆弱人群组；消灭微量营养素性营养不良；预防肥胖症；以及使检查制度化。

9. 也在国家，区域和总部各级与其它联合国机构，诸如粮农组织，联合国儿童基金会，联合国难民事务高级专员办事处，联合国大学和世界粮食计划署开展了强有力的合作；行政协调委员会营养小组委员会协调机构间活动。29个世界卫生组织合作中心和区域研究网络继续发挥重要作用。

10. 世界卫生组织首先通过制订和实施国家政策和规划，特别是针对具营养不良高发病率的最不发达国家；其次是通过制定和散发科学标准，方法及要求，评价标准和准则对会员国提供技术和财务支持。所有这些作法都侧重于下述对于婴幼儿的营养健康非常重要的6个领域：蛋白质—热能营养不良；微量营养素性营养不良；婴幼儿喂养；肥胖和与饮食有关的非传染病；国家营养政策和行动计划；以及紧急情况下的营养问题。

11. 1997年中期，世界卫生组织特别为加强国家营养计划而向162个会员国提供了技术和财务支持，并组织了23个区域会议，这些会议的组织大多数是与粮农组织和联合国儿童基金会合作的结果，以支持各国确定改进营养的因素，加速减轻营养不良，以及加强国家营养规划。粮农组织/世界卫生组织一份关于全球进展情况和行动的报告<sup>(1)</sup>已于1997年3月提交给行政协调委员会营养小组委员会，并转呈联合国经社理事会和联合国大会。

---

(1) 粮农组织/世界卫生组织关于实施国际营养会议世界营养宣言和行动计划的联合进展报告。日内瓦世界卫生组织和罗马粮农组织，1996年。

## 制定新的国际生长参数

12. 鉴于世界卫生组织建议的自20世纪70年代末开始使用的生长参数存在着严重的技术问题，卫生组织与联合国大学和包括北美和南美，欧洲，南撒哈拉非洲，及东亚，南亚和西亚的其它国际和国家机构合作开展了一项为期四年的研究。在母乳喂养婴儿和健康幼儿基础上产生的新生长曲线预计将使用多年。

## 微量营养素性营养不良

13. 碘缺乏症是可预防的胎儿和婴儿脑损伤及幼儿精神性运动发育迟缓的最重要原因。由碘缺乏症引起的病理状况范围包括克汀病，聋哑症，斜视，精神性双瘫，精神发育迟缓，侏儒症，死胎，遗传异常，以及围产期死亡的增加。据估计，9亿多人（婴儿，儿童和成人）患有甲状腺肿，其中半数以上（52%）在亚洲，其中1600万—1700万为克汀病者，另有5000万患有因缺碘而造成的不太严重，但仍能测量出的脑损伤。

14. 然而，在减少碘缺乏症方面仍然取得了显著的进展，这主要是由于对盐进行了碘化：虽然在1990年时，在已知碘缺乏症是重大公共卫生问题的118个国家中只有46个国家具有碘化盐规划，但是到1995年时这一数字已上升到83个，另外的35个国家中的大多数正在采取步骤确定碘缺乏症的严重程度和对公共卫生的重要意义。自1990年以来，72个国家已经进行了首次或后续调查，很多国家已经建立了国家监测系统。在过去5年中，阿尔及利亚，阿根廷，玻利维亚，巴西，喀麦隆，智利，哥斯达黎加，伊朗（伊斯兰共和国），泰国和津巴布韦已经实现，或迅速接近消灭碘缺乏症的目标。

15. 世界卫生组织与联合国儿童基金会，特别是与国际碘缺乏症控制理事会共同向会员国提供技术和财务支持，以制订和监测国家碘缺乏症控制规划。规范化活动包括对孕期使用碘化油制订说明和准则的技术磋商<sup>(1)</sup>并对儿童甲状腺体积提出标准值<sup>(2)</sup>。

---

(1) 参阅安全使用碘化油预防孕妇碘缺乏症。世界卫生组织的一项说明。世界卫生组织期刊，1996年，74(1)：1—3。

(2) 6—15岁儿童甲状腺体积建议标准值。世界卫生组织期刊，1997年，75(2)：95—97。

1996年于日内瓦召开的一个专家协商会议对世界卫生组织协调的一项关于非洲盐碘化和因碘产生的甲状腺机能亢进的7国研究结果进行了审议，并就食盐中建议的含碘量制订了新的准则<sup>(1)</sup>。

16. **维生素A缺乏症**是造成发展中国家儿童可预防的严重视力缺损和盲症的主要原因，是严重感染和死亡，特别是引起腹泻和麻疹的主要原因。大约有300万5岁以下儿童目前呈现出临床干眼病迹象，而另有2亿5千万儿童缺乏维生素A，面临感染和死亡增多的风险。目前的信息表明，76个国家具有临床或亚临床维生素A缺乏问题；非洲的发病率最高，而东南亚涉及临床和处于危险的病人人数最多。然而，令人可喜的现象是严重的维生素A缺乏症正在下降，特别是在亚洲一些地区。世界卫生组织与联合国儿童基金会，美国国际开发署，微量营养素行动（加拿大渥太华），和国际维生素A协商小组合作，继续向会员国提供在评价，减少和预防维生素A缺乏症方面的技术支持。由世界卫生组织协调的一项关于评价补充维生素A对发病率影响的试验即将完成；1996年6月召开了一个关于怀孕和哺乳期安全维生素A剂量的专家协商会，并广泛散发了会议建议<sup>(2)</sup>；还出版了修订的维生素A补充剂剂量表和准则<sup>(3)</sup>。

17. **铁缺乏症和贫血**的影响包括孕产妇和新生儿死亡率的增加，发育和免疫功能受损以及学习和工作能力的下降。它们影响着发达和发展中国家大约20亿人，对于个人和国家的发展都构成主要障碍。最近世界卫生组织一项全球分析表明，发展中国家5岁以下的儿童中有31%也患有贫血，大多数是由于铁缺乏引起。主要原因是膳食中铁摄入低下以及膳食中缺乏来自生物的铁，其次是感染和肠寄生虫的侵扰。其它因素，如贫困，婴儿营养不良，没有文化及缺乏有力的食品政策也起着重要作用。正在编制一份关于提出评价指标和预防战略的文件<sup>(4)</sup>。

---

(1) 参阅“建议的食盐含碘量及监测其适宜和有效性的准则”。未出版的胶印文件WHO/NUT/96.13；可向营养规划索取，世界卫生组织，1211日内瓦27，瑞士。

(2) “怀孕和哺乳期维生素安全剂量”（未出版的文件NUT/96.14）。

(3) 维生素A补充剂：在治疗和预防维生素A缺乏症和维生素A缺乏干眼病中使用维生素A补充剂的指导。第二版。世界卫生组织，日内瓦，1997年。

(4) “铁缺乏症：评价指标和预防战略”（文件WHO/NUT/96.12）。

## 婴幼儿喂养

18. 世界卫生组织正在通过国家，区域和全球级的技术规划，并与联合国儿童基金会和其它联合国机构，世界卫生组织合作中心，以及非政府组织共同支持会员国保护和促进母乳喂养的努力。

## 母乳喂养

19. 根据世界卫生组织母乳喂养全球数据库，来自94个国家的资料表明，完全的母乳喂养率很低；从出生到4个月龄的婴儿母乳喂养率估计仅为35%<sup>(1)</sup>。由于发展中国家和发达国家对母乳喂养益处的认识日益增长，更多会员国正在采取步骤保护和促进母乳喂养，一些国家的母乳喂养率正在提高，这些国家如澳大利亚，加拿大，中国，伊朗（伊斯兰共和国），马里，挪威，波兰，瑞典，泰国，赞比亚和津巴布韦，然而，通常在营养不良和死亡率高的国家中母乳喂养率很低。尽管母乳喂养与人工喂养相比较有很多好处，它能改进妊娠功能，避免过敏，细菌和病毒感染，避免污染的风险，以及因人口喂养不良配制而产生的营养过剩或营养不足，很多国家，特别是欧洲国家，即便在母乳喂养方面正在缓慢地改进，但其喂养率仍很低（例如，法国，意大利，爱尔兰，荷兰，西班牙，瑞士和联合王国）。

20. 伊森诺蒂宣言（1990年）及其四项行动目标<sup>(2)</sup>对于很多国家提高母乳喂养率发挥了重要作用，并有助于制订国家母乳喂养战略及将其纳入全盘卫生和发展政策。世界卫生组织最近的一项调查结果表明，130多个会员国已经建立了母乳喂养委员会（尽管不是所有都具有权威和多部门性）；118个国家至少对一些母亲规定了最低限度为12周的产假；于1992年发起的爱婴医院倡议目前已在171个国家实施，这类医院的数字从1995年的大约4300个上升至1997年中期的大约11000个。

(1) “世界卫生组织母乳喂养全球数据库”（文件WHO/NUT/96.1）。

(2) 一位有权威的国家母乳喂养协调员和多部门委员会；所有妇产机构为“爱婴”机构；实施准则的行动和国际守则的目标；保护工作妇女母乳喂养权力的立法。

21. 世界卫生组织对该项倡议的贡献包括宣传，散发信息，以及编制培训材料及监测与评价手段。重点为培训和评价，确保该项倡议维持声誉和统一性，并使其实现爱母和爱婴。对卫生工作者和医院职员的培训是“儿童疾病综合管理”途径的核心。编写并检验了培训教材并组织了培训课程<sup>(1)</sup>。

22. **人类免疫缺陷病毒和婴儿喂养。** 世界卫生组织与联合国HIV/艾滋病联合规划及联合国儿童基金会合作，制订一项政策声明<sup>(2)</sup>。正在编制有关此议题的具体指导方针——一套为卫生工作者，另一套为制定政策和作出决定者。

23. **医学教育。** 对主要医学院校使用的英文，法文和西班牙文教科书进行了评价<sup>(3)</sup>。与Wellstart国际密切合作，正在将一套母乳管理课程纳入医生，护士和其它卫生专业人员的工作前基本教育。

### 辅助喂养

24. 在很多国家中，婴幼儿营养不良，发育不良，发病和死亡与经常不正确的辅助喂养密切相关；缺乏营养和经常受污染的食品往往介入过早（在发展中国家和发达国家）或过晚（在发展中国家）。世界卫生组织正在加强对会员国的技术支持，以帮助他们改进这些作法，例如，通过“儿童疾病综合管理”途径。世界卫生组织在非洲区域（1994年）和东地中海区域（1995年）组织了关于辅助喂养实践的讲习班，东南亚区域的会员国将此议题作为研究重点。世界卫生组织在联合国儿童基金会和

---

(1) “母乳喂养咨询：培训课程”（文件WHO/CDR/93.3-93.6），备有阿拉伯文，英文，法文，葡萄牙文，俄文和西班牙文；“在卫生机构中促进母乳喂养：管理人员和决策者的短期课程”（文件WHO/NUT/96.3），备有英文，法文和俄文；阿拉伯文和西班牙文正在制备中。

(2) 联合国HIV/艾滋病联合规划。HIV和婴儿喂养。日内瓦，1996年。

(3) 参阅对选定的医学教科书母乳喂养内容的评价。乔治顿大学生殖卫生研究所，华盛顿，D.C.，1997年。



联合国HIV/艾滋病联合规划的支持下作出了一项综合审议的授权<sup>(1)</sup>，随后召开了一个营养合作中心的协商会（1996年12月于日内瓦），对业务研究进行安排。与伦敦卫生和热带医学学院合作，共同编写了卫生工作者准则，并在开展一项关于辅助喂养，微量营养素和儿童发育的研究。

### 实施国际母乳代用品守则方面的进展

25. 自1981年通过“守则”以来，158个会员国（占总数的83%）向世界卫生组织报告了关于全面或部分实施“守则”原则和目标方面所采取的行动（表1）。

表1. 对实施国际母乳代用品销售守则采取行动提供报告的会员国

世界卫生组织区域	会员国数目	报告国数字	与会员国的百分比	有报告的领地
非洲	46	38	83	
美洲	35	34	97	6
东南亚	10	8	80	
欧洲	22	21	95	
东地中海	51	31	61	
西太平洋	27	26	96	6
总数	191	158	83	12

26. 虽然欧洲区域有报告会员国的比例最低（61%），但是，应注意到，于1991年至1997年之间加入世界卫生组织的23个新会员国的大多数在该区域，它们当中的很多国家正面临着严重的社会和经济困难。

27. 自从总干事上次报告<sup>(2)</sup>以来，有31个会员国<sup>(3)</sup>采取了新的，主要为立法的行动——其中8个为首次提到——或自1994年以来总共有58个会员国采取了下述行动：

(1) 世界卫生组织，联合国儿童基金会，海外科学技术研究局，加利福尼亚戴维斯大学。“发展中国家的辅助幼儿喂养：对目前科学知识的一项审议”（文件WHO/NUT/98.1），在付印中。

(2) 文件A49/4，第8部分。

(3) **非洲**：博茨瓦纳，马达加斯加，毛里求斯，莫桑比克，纳米比亚，塞舌尔，多哥，和赞比亚；**美洲**：阿根廷，伯利兹，洪都拉斯，尼加拉瓜，特立尼达和多巴哥；**东南亚**：孟加拉和印度；**东地中海**：塞浦路斯，吉布提，伊朗（伊斯兰共和国），和沙特阿拉伯；**欧洲**：奥地利，波兰，和瑞典；**西太平洋**：澳大利亚，柬埔寨，中国，马绍尔群岛，新西兰，纽埃，帕劳，新加坡和汤加。

- **加强现有措施。**根据变化着的情况实施“守则”，例如，阿根廷，澳大利亚，马来西亚，莫桑比克，新西兰，波兰，新加坡，瑞典，瑞士和泰国；
- **扩大行动范围，**使之包括所有的商业婴儿食用产品，例如，阿根廷，澳大利亚，巴林，博茨瓦纳，哥斯达黎加，马达加斯加，马来西亚，塞内加尔，瑞典和越南—有时包括较大儿童（1—3岁）的食品，例如，莫桑比克和坦桑尼亚联合共和国。通常，这明确包括当“守则”在1981年通过时未普遍具有，而在后来的一项决议（WHA39.28）中提到的补充配方奶；
- **加强监督，**提起公众注意制造商和销售商违反规定的情况并采取制裁措施，例如，阿根廷，澳大利亚，巴林，孟加拉，马来西亚，新西兰，阿曼，塞内加尔，瑞士，泰国和阿拉伯联合酋长国。
- **为社会目的而提供婴儿配方。**明确规定为满足必需进行母乳代用品喂养的婴儿，例如孤儿的长期营养需求而确实需要提供的准确情况，例如，巴林，博茨瓦纳，马达加斯加，和坦桑尼亚联合共和国；
- **禁止**作为一项推销手段向广大公众和母亲散发样品，例如，科特迪瓦，多米尼加共和国，洪都拉斯，马达加斯加，莫桑比克，波兰，塞内加尔，特立尼达和多巴哥，以及欧洲联盟的15个成员国<sup>(1)</sup>，它们遵从的是欧洲指令91/321/EEC。

28. 为了实施“守则”，世界卫生组织编写了一份审评和评价提纲<sup>(2)</sup>，以便有助于确定政府已采取或正在采取的行动及促进或阻碍行动的因素，评价它们的影响，并提出适宜的建议。国际和国家非政府组织在这方面表现积极。例如，国际守则文件中心为其“守则”实施培训课程出版了一本教学手册<sup>(3)</sup>，其中包括一份立法样本和已经实施“守则”的12个国家的立法和其它文本。

(1) 奥地利，比利时，丹麦，芬兰，法国，德国，希腊，爱尔兰，意大利，卢森堡，荷兰，葡萄牙，西班牙，瑞典，大不列颠及北爱尔兰联合王国。

(2) “国际母乳代用品销售守则：通用评审和评价提纲”。（文件WHO/NUT/96.2），备有英文，阿拉伯文和法文（俄文在编制中）。

(3) Sokol E. 守则手册。实施国际母乳代用品守则指南。国际婴儿食品行动网，P.O. Box 19, 10700 Penang, Malaysia, 1997年。

29. 世界卫生组织主张，为实施国际守则而通过的国家措施包括向所有团体传达并为之理解的明确定义；清晰的检查和报告程序，以确定所谓的违规是否与国家措施相抵触；以及建立一个由政府负责的检查机构。

### 超重和肥胖儿童

30. 儿童肥胖及其造成的后果正在成为一个全球性问题<sup>(1)</sup>。来自79个发展中国家和一些工业化国家的数据表明，按世界卫生组织的标准（>体重对身高中等参数以上+2SD），大约有2200万5岁以下儿童超重。

31. 肥胖症影响着像日本和美国这样的工业化国家以及一些欧洲国家的几乎10%的学龄儿童，在阿尔及利亚，阿根廷，智利，埃及，印度尼西亚，基里巴斯，摩洛哥，秘鲁，南非，以及加勒比的一些国家中发病率也在上升。大约30%的肥胖儿童变成肥胖成人。

32. 肥胖也是引起很多严重非传染病症的主要危险因素，这些病症例如心血管疾病，高血压和中风，，糖尿病，各种癌症，其它胃肠道疾病和肝病，静脉曲张，胆囊疾病，以及其它严重健康问题和事故。最近，世界卫生组织组织了一个重大协商会议，审议有关的发病率和死亡率，以期为会员国制订预防和管理肥胖症的指导原则<sup>(2)</sup>。

### 紧急情况下的营养问题

33. 关心上千万处于紧急情况下的人民是全球高度重视的人道主义问题，因为这些人通常营养不良发病率很高并极为脆弱，特别是婴幼儿。世界卫生组织继续与联合

---

(1) 缺乏统一衡量标准（例如>第85个百分比，>体重对身高的120%，>体重对身高中等参数以上+2SD（标准差））来确定儿童和青少年的超重情况，因此难以评估问题的严重程度。

(2) “肥胖症：预防及管理其在全球的流行”。世界卫生组织关于肥胖症协商会的报告，日内瓦，1997年6月3—5日（未出版的文件WHO/NUT/97.2）。

国难民高级专员办事处，世界粮食计划和非政府组织合作，共同努力评价，减轻和预防这些人群组中的营养不良。这一人群组在标准，评价标准，评价方法，以及营养方面的需求对世界卫生组织的技术指导有很高的要求。为了对WHA47.5号决议作出反应，世界卫生组织制订了指导方针。在这些指导方针于1998年出版以前，为征求意见，在国际营养和急救界广泛散发了一份审议修订稿<sup>(1)</sup>。即将出版关于重大紧急情况下营养管理综合手册<sup>(2)</sup>和关于治疗及管理严重营养不良的综合手册<sup>(3)</sup>。正在编制诊断和管理坏血病，脚气和糙皮病的评议。继1996年在厄立特里亚举办了关于管理紧急情况中的营养问题国家间讲习班之后，对世界卫生组织/联合国难民高级专员办事处的一次关于照顾紧急情况中的缺乏营养脆弱人群组的协商会议作出了计划（1997年12月于罗马）。联合国难民高级专员办事处和其它机构将广泛使用世界卫生组织的3本实用手册，即关于紧急情况下的营养评价<sup>(4)</sup>，紧急情况下的营养需求<sup>(5)</sup>，以及紧急情况下的食品和营养保健<sup>(6)</sup>。在1997年10月世界卫生组织的一次协商会议中讨论了紧急情况下营养的应用研究方法及其实施的战略。

=        =        =

---

(1) “紧急情况下婴幼儿喂养指导方针”（未出版的文件WHO/NUT/97.3）。

(2) 重大紧急情况下的营养管理。日内瓦，世界卫生组织（付印中）。

(3) 治疗和管理严重营养不良。日内瓦，世界卫生组织（付印中）。

(4) 紧急情况下的营养评价。世界卫生组织建议的指数，参数值和主要参数概要。出自：重大紧急情况下的营养管理。日内瓦，世界卫生组织（付印中）。

(5) 紧急情况下的营养需求。出自：重大紧急情况下的营养管理。日内瓦，世界卫生组织（付印中）。

(6) 世界卫生组织建议的指导原则概要。出自：重大紧急情况下的营养管理。日内瓦，世界卫生组织（付印中）。