



世界卫生组织

执行委员会
第一〇九届会议
临时议程项目3.8

EB109/11
2001年12月11日

儿童期营养和《国际母乳代用品销售守则》

实施进展情况

秘书处的报告

1. 在总结了婴幼儿营养不良的若干主要形式目前造成的全球负担之后，本文件报告了保护和支​​持婴幼儿喂养方面的进展以及《国际母乳代用品销售守则》的实施情况¹。
2. 营养不良以若干互相联系的形式发生，包括宫内发育迟缓、蛋白—能量性营养不良以及碘、维生素A、锌和铁等微量营养素缺乏。在许多国家，儿童期肥胖症正在越来越多地引起关注。所有这些形式的营养不良危害身体生长、精神发育、健康、业绩和生产能力以及生存，并对整个人生具有持久的影响。

蛋白—能量性营养不良

3. 在世界范围内流行的蛋白—能量性营养不良所造成的死亡占发展中国家每年死亡的1090万5岁以下儿童的1/2以上。这一数字正在慢慢减少(见附件中的图)，但发展中国家近30%的5岁以下儿童—即1.61亿儿童，仍发育不良(见附件表1)。这些儿童中的70%以上生活在亚洲，25%以上在非洲，约4%在拉丁美洲和加勒比。非洲有些地方的情况尤其令人震惊，因为HIV/艾滋病、生态灾难、武装冲突、国内混乱和大批人群流动造成营养不良儿童人数的不断增长。
4. 受影响最严重的是约5060万5岁以下的消瘦儿童，主要在27个最不发达国家(见附件表2)。这些儿童中的病例死亡率一般为20%至30%(研究显示范围为4%至49%)，

¹ 本报告系根据WHA33.32号决议以及《国际母乳代用品销售守则》第11.7条提交。

但若有适当的管理，死亡率可降低到5%以下。

微量营养素营养不良

5. 主要由妊娠期间碘摄入量不足引起的**碘缺乏**是造成可预防的大脑损伤和智力迟纯的最大单一起因（见附件表3）。这在130个国家中（其中多数在非洲和亚洲）是一个重大公共卫生问题。世界人口的13%左右仍有患碘缺乏的风险，目前受影响的有7.4亿人。尽管如此，过去10年中在消灭碘缺乏症方面取得了令人瞩目的进展。80%以上的受影响国家现在已有盐加碘行动计划，而且平均有68%的家庭（范围从非洲的63%到美洲的90%）能获得加碘盐。当前的任务首先是通过区域实验室网络监测盐加碘工作及其影响¹，其次是通过与各主要伙伴（尤其是食盐行业）更有效的协调，加强获取加碘盐。已形成了新的国际伙伴关系，其目的是持久地消灭碘缺乏。

6. **维生素A缺乏**是118个国家中的一个重大公共卫生问题，2.5亿多学龄前儿童受到影响或具有风险（临床和亚临床症状加在一起）（见附件表3）。这不仅是造成可预防的儿童盲症的一个主要起因，而且在婴儿后期和儿童期以及可能也在妊娠期是造成发病和死亡的一个主要高危因素。世界卫生组织、联合国儿童基金会、各非政府组织、双边捐助机构和私立行业正在加强合作，以便加快与维生素A缺乏作斗争方面的进展，尤其是通过强化食品。通过在儿童期疾病综合管理的范围内把补充维生素A与探视患病儿童以及免疫服务联系起来，大大提高了高危儿童的覆盖率。例如，在免疫日期间提供维生素A补充的非洲国家数从1996年的4个增加到1999年的35个。在2000年，世界范围内约有9000万儿童至少获得一剂维生素A。对当前用于婴幼儿和产后妇女的剂量水平进行检查之后，正在与联合国儿童基金会以及国际维生素A协商小组合作制定新的准则。世界卫生组织也正在与国际原子能机构以及美国国际开发署协调研究，以便审查在婴儿早期增加剂量的安全性和健康效益。

7. 也正在开展大量工作以解决作为**贫血**主要起因的**铁缺乏**问题，但它仍然是一个极难处理的全球公共卫生问题并具有一系列不良反应，包括死亡率提高、早产、出生体重过低、发育迟缓和受损以及工作成效下降²。世界卫生组织对预防婴幼儿贫血和改善铁摄入措施的审查已接近完成。

8. 由于发展中国家多数儿童的饮食中**锌**的有限含量以及该微量营养素在降低腹泻发病率和严重程度（可能也包括肺炎发病率）方面的作用，世界卫生组织正在支持开展研

¹ 评估碘缺乏症并监督其消灭工作。规划管理人员指南（第二版）（文件WHO/NHD/01.1）。

² 缺铁性贫血评估、预防和控制：规划管理人员指南（文件WHO/NHD/01.3）。

究以评估护理人员遵循剂量建议的情况以及补充锌对儿童期发病率和死亡率的影响。在印度和桑给巴尔（坦桑尼亚联合共和国）开始了双盲现场实验以评估每日补充锌对儿童总体死亡率的影响。

紧急情况中的营养

9. 在全世界4000多万难民和国内流离失所者中（包括550万5岁以下儿童），不同形式的营养不良非常猖獗¹。根据安全和充分食物及控制传染病的卫生服务的获取程度，该人群中的营养不良风险有所不同。世界卫生组织继续向各国政府和第一线的国际机构（尤其是联合国儿童基金会、联合国难民事务高级专员办事处和世界粮食计划署）及其现场工作人员以及各非政府组织提供技术和方法方面的支持与培训。

肥胖症

10. 在营养不良系列的另一端，儿童期体重过重和肥胖症正在日益成为全球公共卫生问题。在最近对来自占有发展中国家5岁以下儿童87.8%的79个国家的国家数据进行的分析中，发展中国家5岁以下儿童体重过重的整体发生率为3.3%（1760万人）（见附件表2）²。体重过重和肥胖症发生率在许多国家正在上升，21个国家中的流行率已高于5%。相当多的证据表明儿童期肥胖与儿童期高血压、糖尿病、呼吸道疾病、整形外科问题及社会心理疾病有联系。但是，甚至更令人关注的是它可促成成年肥胖症及相关的发病和死亡，而且对在以后生活中增加慢性病风险具有独立的影响。

婴幼儿喂养

11. 多数国家没有实现由1990年世界儿童问题首脑会议制定并由1992年国际营养会议重申的目标，即在2000年减少或消灭主要形式的营养不良。喂养不当仍然被认为至少占营养不良的三分之一，并显著地造成5岁以下儿童的发病和死亡。这是制定新的婴幼儿喂养全球战略的主要原因（全球战略将单独提交³）。

12. 保护、促进和支持婴幼儿喂养对预防营养不良和确保儿童的健康生长和发育是至关重要的。不适当的喂养方法是造成婴幼儿营养状况低下的一个主要因素。在加强最

¹ 《重大紧急情况中的营养管理》。日内瓦，世界卫生组织，2000年，ISBN 92 4 154520 8。

² 见世界卫生组织儿童生长和营养不良全球数据库（<http://www.who.int/nutgrowthdb/>）以及de Onis M, Blossner M.发展中国家学龄前儿童中体重过重趋势的流行情况。《美国临床营养学报》，2000年，72: 1032-1039。

³ 见文件EB109/12。

佳喂养建议依据和确认促进其运用的有效干预措施¹方面已取得了进展。新的婴幼儿喂养全球战略强调了卫生系统和社区内部结合保护婴幼儿喂养的措施获取技能和支持的重要性，以便确保母亲和其它护理者能充分照顾到他们所护理婴幼儿的营养需求。

13. 在过去10年中，有些国家在**纯母乳喂养**的普及率及时段方面有了相当大的改善。但是，在生命的最初6个月期间**纯母乳喂养**的普及率仍然很低。通过婴幼儿喂养全球战略，正在重新作出努力实施和推广已证实有效的干预措施以提高世界范围内的纯母乳喂养普及率。

14. 在1991年发起了**爱婴医院行动**以推动卫生设施促进开始和确立纯母乳喂养。现在该行动在171个会员国约16000座医院中正在予以实施。但是，除了在2000年向执行委员会提交的上一次报告中注意到并后来得到证实的问题，即不能始终维持标准，获得“爱婴”称号的设施总数似乎已达到稳定的水平。有些国家报告承诺减弱，尤其是在私立医院和大学教学医院。这些国家认为，来自世界卫生组织和联合国儿童基金会的资源减少表示国际上的兴趣减弱了。同时，研究显示以医院为基础的促进规划对母乳喂养的时段和纯度具有极大重要性，而且在有些国家正在取得进展。例如，在白俄罗斯的一次随机分组对照实验中发现实施该行动显著地延长了母乳喂养的时段并加强了纯母乳喂养²。在肯尼亚，350个产科医院中有230个具备获得“爱婴”称号的资格。在美利坚合众国主要为穷人、少数民族和移民家庭提供医疗的一座市中心教学医院中实施该行动之后，开始进行母乳喂养的母亲比例从1995年的58%增加到1999年的86.5%³。4个国家，即马来西亚、纳米比亚、阿曼和瑞典，分享了所有公立医院获得“爱婴”称号的荣誉。

15. 世界卫生组织和联合国儿童基金会召开了由来自18个工业化国家的爱婴活动协调员参加的会议以确定各种障碍和确保行动进展的战略（2001年6月11-13日于伦敦）。这两个机构也在促进使用与一个合作中心一起制定的一套监测和重新

¹ Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly

S.孟加拉达卡以社区为基础的同龄辅导员对纯母乳喂养措施的影响：一次随机分组对照实验。《柳叶刀》，2000年，**356**: 1643-1647以及Santos I, Victora CG, Martines J等，营养咨询使巴西儿童体重增长。《营养学报》，2001年，**131**(11): 2866-2873。

² Kramer

M等，促进母乳喂养干预措施试验：白俄罗斯共和国的一次随机分组试验。《美国医学协会学报》，2001年，**285**(4): 413-420。

³ Philipp

B等，爱婴医院行动在美国一座医院设施中对母乳喂养发起率的改进。《儿科学报》，2001年，**108**: 677-681。

评估工具¹，以便维持进展并确保行动的长期质量和完整性。推广行动是新的婴幼儿喂养全球战略的一个主要重点。为了维持对最佳母乳喂养方法的支持，使用世界卫生组织制订的课程在近100个国家对卫生工作者、医院人员、卫生保健管理人员和决策者进行了咨询方面的培训²，还将母乳喂养和补充喂养方面的咨询纳入了儿童期疾病综合管理的材料供卫生设施和社区使用³。还在制定准则以确保将关于婴幼儿喂养的适当信息纳入医务人员和辅助医务人员的职前教育并通过培训非专业和同龄的母乳喂养咨询人员加强社区支持。

16. 在2000年，世界卫生组织对有关**纯母乳喂养最佳时段**已发表的学术文献进行了一次系统的检查。确认了需独立审查和评价的3000多份参考文献。这一过程的结果由全球同行进行了审评，随后在一次专家协商会期间（2001年3月28-30日于日内瓦）提交了所有研究结果以接受技术审查。向第五十四届世界卫生大会提交了协商会关于实践和研究方面的结论与建议⁴。卫生大会敦促会员国加强所有活动并制定新的措施以保护、促进和支持在6个月期间进行纯母乳喂养，作为一项全球公共卫生建议，同时考虑到世界卫生组织纯母乳喂养最佳时段专家协商会的结果，并提供安全和妥善的补充食品，在两岁或两岁之后继续母乳喂养，强调这些概念的社会传播渠道，以便促进社区遵守这些做法（WHA54.2号决议）。由于对《食品法典》修订草案关于以谷物为基础加工的婴幼儿食品标准的使用年龄规定具有影响，所以也向食品法典委员会第24届会议（2001年7月2-7日于日内瓦）提交了专家协商会的结论和建议。

17. 关于母婴传播HIV，卫生大会于2001年5月获悉，出生于HIV阳性母亲的10%至20%的婴儿可能通过母乳喂养感染HIV，最近的一些研究也表明，在出生的最初几个月这种传播的风险很高。然而，一项研究证实，生命最初3个月采用纯母乳喂养感染HIV的风险可能比混合喂养要低，这可能是因为与后者相关的感染或过敏过程损害了粘膜的整体表面。1998年发布的联合国儿童基金会/联合国艾滋病病毒/艾滋病方案/世界卫生组织

1

世界卫生组织、联合国儿童基金会和Wellstart国际社。爱婴医院行动。监测和重新评估：维持进展的工具。日内瓦，世界卫生组织，1999年（文件WHO/NHD/99.2）。

² 母乳喂养咨询：培训课程（文件WHO/CDR/93.3-93.6），以联合国所有语言和葡萄牙文出版；以及在卫生设施促进母乳喂养：行政管理机构和决策者的短期课程（文件WHO/NUT/96.3），以阿拉伯文、英文、俄文和西班牙文出版。

³ 儿童期疾病综合管理：初级卫生工作者培训课程（文件WHO/CHD/97.3.A-L），<http://www.who.int/child-adolescent-health>。

⁴ 见文件A54/INF.DOC./4。

联合准则¹仍然有效。所有感染HIV病毒的母亲应接受咨询。这些咨询包括有关各种喂养方案的风险及裨益的信息，以及在选择可能最适合其情况方案方面的具体指导。在具备可接受、切实可行、支付得起、可持续进行和安全的替代喂养的条件下，建议避免HIV阳性妇女的一切母乳喂养；否则则建议在出生的最初几个月进行纯母乳喂养。为了减少HIV的传播，应考虑当地情况，妇女的个人情况和替代喂养的风险，包括营养不良和除HIV以外的其它感染，尽快终止HIV阳性妇女的母乳喂养。应由母亲作出最后决定，对她的选择应给予支持。

18. 世界卫生组织与联合国儿童基金会和联合国艾滋病病毒/艾滋病方案合作，为负责对母亲进行HIV和婴儿喂养咨询的卫生工作者制订了三天的培训课程²。该课程已在10个国家使用。世界卫生组织还在编制关于改进营养护理和管理的简短课程，用于为HIV患者（包括儿童）提供营养咨询的社区卫生工作者。世界卫生组织正在支持在南非和赞比亚开展研究以评估纯母乳喂养婴儿中HIV传播的风险以及提早停止母乳喂养对总传播率的影响。正在编制对母亲就提早停止母乳喂养和安全的替代喂养进行咨询的材料。

19. 国际劳工大会在2000年6月其第88届会议上通过了2000年保护生育公约（第183号）和2000年保护生育建议书（第191号）。世界卫生组织参与了修订公约的全部筹备工作并提交了关于**保护孕产妇卫生和促进母乳喂养**的依据。公约中纳入了关于防范有害物质的新规定，把应享受的产假最短期限从12周增加到14周，加强了享受有酬母乳喂养时间的权利并将公约的运用范围扩大到从事非典型从属性工作的妇女，从而使公约得到了显著的加强。

20. 自从第三十四届世界卫生大会在1981年通过了《国际母乳代用品销售守则》（WH A34.22号决议），世界卫生组织191个会员国中的162个（85%）已报告了它们为实现《守则》的原则和目标而采取的行动，其中包括采用新的或修订现有的法规、章程、守则、准则、协议以及监测和报告机制。自2000年向执行委员会第105届会议所作的最后一次报告以来³，9个国家（安哥拉、柬埔寨、法国、加纳、希腊、哈萨克斯坦、尼日利亚、南非和坦桑尼亚联合共和国）提供了关于新的或修订的行动的信息。同时，

1

联合国儿童基金会，联合国艾滋病病毒/艾滋病方案，世界卫生组织。《HIV和婴儿喂养：决策者指导原则。卫生保健管理者和指导人员的指南。审议HIV通过母乳喂养的传播》（文件WHO/FRH/NUT/CHD/98.1-3）。

² HIV和婴幼儿喂养咨询：培训课程（文件WHO/FCH/CAH/00.2-6）。

³ 见文件EB105/2000/REC/2,第9次会议摘要记录。

世界卫生组织对澳大利亚、柬埔寨、新西兰、阿曼和巴基斯坦提出的技术支持要求作出了反应。它还对作为非政府组织、教会和学术机构联盟的母乳喂养监测问题机构间小组经修订的《守则》监测方案作出了贡献。2001年5月是《守则》通过20周年，总干事参加了由国际婴儿食品行动网组织的纪念仪式。

21. 在纯母乳喂养期之后确保足够的营养摄入可有困难，6至24个月龄的许多儿童尤其有营养不良的风险。为了把学术依据转变为实用的信息，世界卫生组织与伦敦卫生和热带医学院合作制定了**补充喂养实用准则**¹。这些准则扩大了作为儿童期疾病综合管理一部分为初级卫生工作人员设计的准则。正在制订为期3天的课程以帮助卫生工作者获取有效技术，为护理者提供6至24个月龄的儿童适当补充喂养方面的咨询。世界卫生组织将召开关于补充喂养的全球协商会（2001年12月10-13日于日内瓦）以利用现有依据、经验和最近的研究结果，以便改进喂养方法。

孕产妇营养

22. 在世界卫生组织生命过程和卫生问题专家会议上（2001年5月2-4日于法国昂西）提出的关于生命过程与心血管疾病和糖尿病联系的依据表明孕产妇孕前营养状况对后代在胎儿期和产后发育及以后患慢性病风险的影响。除了宫内发育迟缓，孕产期营养不足可增加后代患心血管疾病和糖尿病的风险，即使在产后营养充足的环境中也是如此。同样，孕产期肥胖显著地增加了后代患肥胖症和有关慢性疾病的风险。针对专家会议的建议，世界卫生组织承认在婴幼儿营养战略中需要采用生命过程观点并考虑到两代人之间对婴幼儿营养状况、生长和健康的影响，包括青年妇女营养不足和肥胖症。

多中心生长参照研究

23. 涉及1万多名儿童的这项研究²于1997年开始，目的是确立用于评估人群组和个体健康、生长和营养状况（包括营养不足和营养过剩）的新的国际参照基准。在巴西首先完成了工作，在加纳、印度、挪威、阿曼和美利坚合众国正在继续进行研究。已完成两个选址的截面部分研究——样本为从18至71个月龄的1400名儿童。还正在收集数据以便利调查不同文化环境中来自各种民族背景的富裕家庭儿童身体生长和肌肉运动发育之间的联系。数据档案被送交世界卫生组织总部的研究协调中心以进行认证和处理。如果有充足的资金用于发展

¹ 补充喂养：母乳喂养儿童的家庭食品（文件WHO/NHD/00.1，WHO/FCH/CAH/00.6）。

² 另见文件EB105/INF.DOC./1。

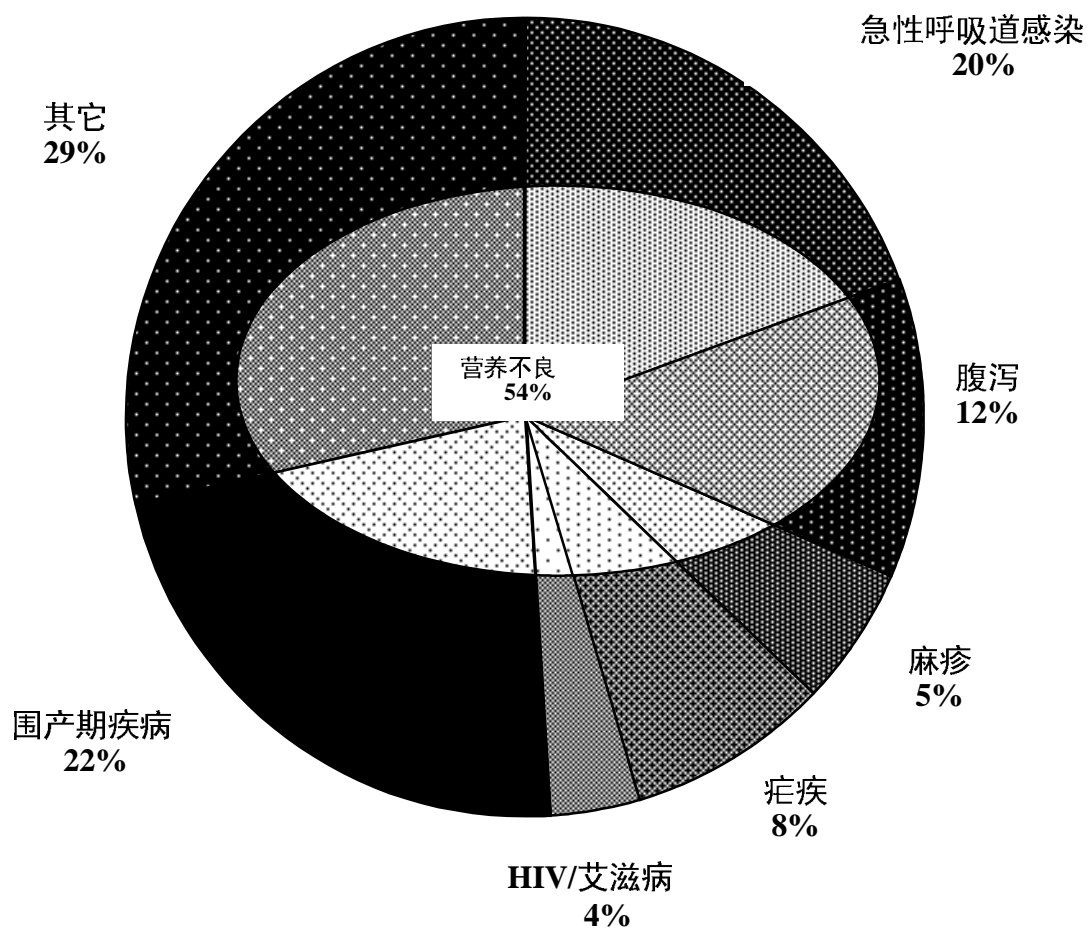
和测试，预计在2005年可公布新的生长曲线。

执行委员会的行动

24. 请执行委员会注意本报告。

附件

图. 1999年发展中国家5岁以下儿童每年1090万死亡案例的分布情况



来源: 世界卫生组织2000年, 以1999年数据为基础。

表 1. 儿童期发育迟缓^a 在区域和全球的实际和
预计流行情况(1980-2005年)

区域 ^b	1980年	1985年	1990年	1995年	2000年	2005年
	% (百万)	% (百万)	% (百万)	% (百万)	% (百万)	% (百万)
非洲	38.8 (32.6)	37.8 (36.4)	36.8 (39.4)	35.8 (41.3)	34.9 (43.6)	33.9 (45.5)
亚洲	54.1 (175.1)	48.4 (169.2)	42.8 (162.0)	37.3 (135.9)	32.2 (115.3)	27.4 (96.4)
拉丁美洲和 加勒比	23.4 (12.2)	20.1 (10.8)	17.1 (9.4)	14.5 (8.0)	12.3 (6.8)	10.3 (5.7)
发展中国家	48.1 (221.3)	43.3 (216.3)	38.5 (208.6)	34.0 (182.2)	29.8 (161.0)	25.9 (140.5)

^a

发育迟缓的定义为年龄身高与国家卫生统计中心/世界卫生组织国际参照基准中位数相比的标准差异 ≤ 2

。

^b 国家按联合国分类系统分组（联合国人口分类。《世界人口前景-1998年修正情况》，纽约，联合国，1999年）。

来源：2001年世界卫生组织儿童生长和营养不良全球数据库。

表2. 5岁以下儿童体重过重^a和消瘦^b在区域和全球的流行情况(1995年)

区域 ^c	体重过重			消瘦		
	国家营养调查覆盖的人口百分数	体重过重的百分数	体重过重的人数(以千计)	国家营养调查覆盖的人口百分数	消瘦百分数	消瘦的人数(以千计)
非洲	70.9	3.9	4 471	94.5	9.6	11 060
亚洲	92.4	2.9	10 643	93.7	10.4	37 872
拉丁美洲和加勒比	94.1	4.4	2 429	97.2	2.9	1 591
大洋洲 ^d	15.5	NA ^e	NA ^e	15.5	NA ^e	NA ^e
发展中国家	87.8	3.3	17 561	94.1	9.4	50 593

^a 体重过重的定义为身高体重与国家卫生统计中心/世界卫生组织国际参照基准中位数相比的标准差异>2。

^b 消瘦的定义为身高体重与国家卫生统计中心/世界卫生组织中位数相比的标准差异<2。

^c 国家按联合国分类系统分组(联合国人口分类。《世界人口前景 - 1998年修正情况》, 纽约, 联合国, 1999年)。

^d 不包括澳大利亚和新西兰。

^e NA = 无数据。

来源: de Onis M, Blössner M. 发展中国家学龄前儿童体重过重的流行情况和趋势。《美国临床营养学报》, 2000年, 72: 1032-1039。

表3. 世界卫生组织六个区域中以甲状腺肿总发病率为基础的
维生素A缺乏和碘缺乏疾病流行情况 (1999年)

世界卫生组织区域	患甲状腺肿的人口 ^a		患维生素A缺乏的人口 (学龄前儿童)	
	人数 (百万)	在区域中的 % ^b	人数 (百万)	在区域中的 % ^b
非洲区域	124	20	53	49
美洲区域	39	5	16	20
东南亚区域	172	12	127	69
欧洲区域	130	15	NA ^c	NA ^c
东地中海区域	152	32	16	22
西太平洋区域	124	8	42	27
合计	740	13	254	38

^a 甲状腺肿患者数/流行率被用以替代碘缺乏症。

^b 甲状腺肿总发病率

^c NA=无数据。

来源: 世界卫生组织碘缺乏症和维生素A缺乏全球数据库。

= = =