



## 婴幼儿营养及实施 《国际母乳代用品销售守则》 方面的进展

### 秘书处的报告

1. WHA55.19 号决议重申对联合国千年宣言的承诺。世界卫生组织不仅对集体努力作出贡献，而且其有关千年发展目标的工作构成其核心活动的一个组成部分<sup>1</sup>。实现与卫生相关的目标和指标—特别是消灭极端贫困和饥饿，降低儿童死亡率和改进母亲健康—极大地依赖于减少营养不良，它直接或间接造成的死亡占 5 岁以下儿童每年 1080 万死亡的 54%（见图）。最近的卫生大会对仍不能得到妥善喂养的广大婴儿和幼儿表示了深切的关注，并敦促会员国以已知的有效干预措施努力全面覆盖它们的孕产妇、新生儿、儿童和青少年<sup>2</sup>。
2. 本文件在报告有关保护、促进和支持适宜的婴幼儿喂养和实施《国际母乳代用品销售守则》之前，总结婴幼儿营养不良的全球负担<sup>3</sup>。

### 蛋白质—能量营养不良

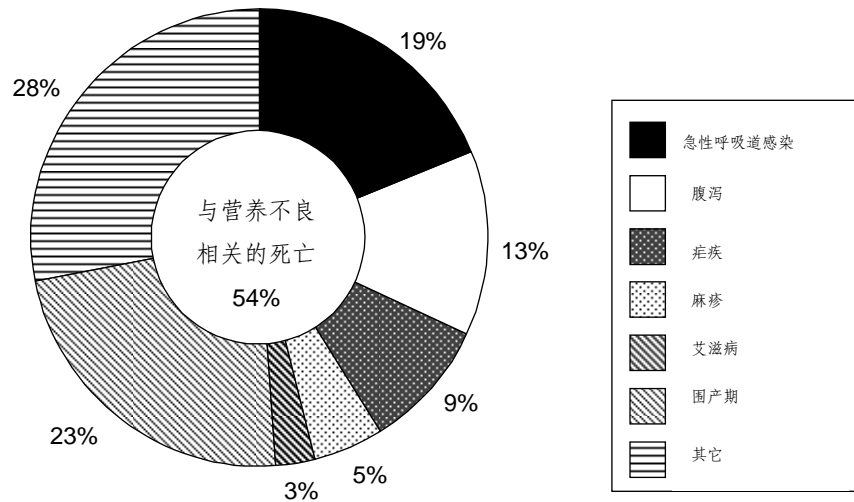
3. 1999-2000 年 10 年期间，全球儿童营养不良的情况略有缓解，低体重发生率从 26.5% 下降至 22.4%（见表 1）。亚洲罹患低体重的人数下降最快，从 35.1% 降至 27.9%，然而，尽管这一时期低体重发生率有了显著下降，但是亚洲中南部国家儿童营养不良的情况仍处于极高的水平。拉丁美洲和加勒比在这方面也出现了巨大进展，低体重的发病率减少了三分之一（从 9% 减至 6%）。然而，非洲在这方面几乎没有变化；5 岁以下低体重儿童的比例大约仍为四分之一，低体重儿童从 2600 万上升为 3200 万。2005 年预测除非洲以外的所有区域在低体重的发生率方面均有下降。

<sup>1</sup> 见文件 A56/11。

<sup>2</sup> 有关婴幼儿营养的 WHA54.2（2001）和 WHA55.25（2002）号决议，以及关于儿童和青少年健康与发育战略的 WHA56.21（2003）号决议。

<sup>3</sup> 本报告系根据 WHA33.32 号决议和《国际母乳代用品销售守则》第 11.7 条提交。

发展中国家 5 岁以下儿童每年为数  
1,080 万死亡的分布情况  
2001 年



出处:

特定死亡原因: 世界卫生组织/政策依据和信息部门。

营养不良: Pelletier DI 等, 美国公共卫生杂志, 1993 年, 83: 1130-1133 和世界卫生组织/政策依据和信息部门。

WHO 03.205

4. 每年出生的 3000 万低体重婴儿（占有出生婴儿的 23.8%）经常面临着严重的短期和长期健康后果（见第 23 段）。尽管全球出生低体重的发生率在逐渐下降，但是在很多发展中国家这一比例仍高达 30%。为了支持各国解决这一重大的公共卫生挑战，世界卫生组织正在制定一项为促进胎儿最佳发育的全球战略，将于 2005 年向理事机构提交<sup>1</sup>。

### 微量营养素营养不良

5. 维生素和矿物质缺乏造成的疾病占全球疾病负担的大约 7.3%。碘、维生素 A 和铁缺乏是主要的微量营养素营养不良的类型，它们总共影响着全球 45 亿以上的人口：铁缺乏最为普遍，影响着大约 20 亿人口（每 3 个儿童中就有一名）；碘缺乏的人口为 19 亿；维生素 A 缺乏的学龄前儿童为 2.5 亿，孕妇为 2000 万（见表 2）<sup>2</sup>。由于低收入国家中大多数婴儿的饮食缺乏铁、锌和维生素 B6<sup>3</sup>，减少微量营养素营养不良的战略必须侧重于出生后的前两年。

<sup>1</sup> 这项工作包括有关孕产妇营养和出生低体重咨询小组的会议，为制定促进最佳胎儿发育全球战略的技术协商会（2003 年 11 月 25-27 日于日内瓦），以及定于 2004 年召开的有关战略草案的区域协商会。

<sup>2</sup> 还请参阅：世界卫生组织微量营养素缺乏信息系统（[http://www.who.int/nut/db\\_mdms.htm](http://www.who.int/nut/db_mdms.htm)）。

<sup>3</sup> Dewey KG, Brown KH。有关发展中国家婴儿补充喂养技术问题及对规划影响的最新情况。《食品 and 营养丛刊》，2003 年，24(1):5-28。

**表 1. 低体重<sup>a</sup>（受影响儿童的发生率和人数）实际和预测的区域和全球趋势（1990-2005）**

区域 <sup>b</sup>	1990	1995	2000	2005
	百万(%)	百万(%)	百万(%)	百万(%)
非洲	25.8 (24.0)	28.5 (24.5)	32.0 (25.0)	35.9 (25.6)
北部	1.6 (9.5)	1.3 (8.1)	1.1 (6.9)	1.0 (5.9)
撒哈拉南部	24.1 (26.8)	27.2 (27.3)	30.9 (27.7)	35.0 (28.2)
亚洲	131.9 (35.1)	116.3 (31.5)	101.2 (27.9)	89.2 (24.8)
东部	23.1 (18.5)	14.5 (13.2)	9.5 (9.3)	6.1 (6.5)
中南部	86.0 (49.6)	80.9 (45.2)	73.4 (40.8)	67.1 (36.5)
东南部	20.2 (35.2)	18.1 (31.2)	15.5 (27.4)	13.2 (23.9)
西部	2.7 (12.9)	2.8 (12.1)	2.8 (11.3)	2.7 (10.6)
拉丁美洲和加勒比	4.8 (8.7)	4.0 (7.3)	3.4 (6.1)	2.8 (5.0)
发展中国家	162.6 (30.2)	148.9 (27.5)	136.6 (25.0)	128.0 (23.0)
发达国家	1.2 (1.6)	1.0 (1.4)	0.8 (1.3)	0.7 (1.1)
<b>总计</b>	<b>163.8 (26.5)</b>	<b>149.9 (24.4)</b>	<b>137.4 (22.4)</b>	<b>128.7 (20.8)</b>

<sup>a</sup> 低体重界定为年龄身高低于国家卫生统计中心（NCHS）/世界卫生组织国际参考中值确定的两个标准方差。

<sup>b</sup> 国家系根据千年发展目标区域分类系统分组([http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mi/\\_worldregn.asp](http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mi/_worldregn.asp))。

出处：世界卫生组织儿童发育和营养不良全球数据库，2003 年。

6. 过去 10 年在控制**碘缺乏症**方面取得了巨大进展，碘缺乏症是造成不良学习成绩和工作能力下降的可避免的脑损伤的最主要原因。1993 年以来，受影响的国家下降一半，目前全球 68% 的家庭消费碘盐。然而，碘缺乏症在 54 个国家仍是一个公共卫生问题。为有助于确保消灭碘缺乏症，特别是通过持续采取控制措施和有效的监测，世界卫生组织设计了一个国家规划评估系统并建立了区域资源实验室网络。

7. **维生素 A 缺乏症**，它是可预防儿童失明的一个主要原因，是一个主要健康危险因素，仍是 118 个国家中的一项重大公共卫生问题。控制这一病症的战略包括饮食多样化、补充和强化食品、采取诸如促进母乳喂养的公共卫生措施、控制儿童期感染，以及散发维生素 A 补充剂（与病儿访视和国家脊髓灰质炎免疫日结合，自 1998 年以来这些补充剂

避免了大约 125 万死亡)。由于即将根除脊髓灰质炎，这项任务将寻求其它方法持续提供维生素 A，例如通过常规免疫服务。世界卫生组织正就在生命第一年综合这些活动的安全性和益处的评估进行协调。

**表 2. 按世界卫生组织区域列示的受三大主要  
微量营养素缺乏症影响的人口**

世界卫生组织区域	碘缺乏症 <sup>a</sup>		维生素 A 缺乏症		铁缺乏症 (贫血) <sup>b</sup>	
	总人口		学龄前儿童		总人口	
	百万	%	百万	%	百万	%
非洲	254.4	47.6	52.0	49	293.5	46
美洲	75.0	14.1	0.06	20	142.7	19
东南亚	624.0	39.9	125.5	69	777.5	57
欧洲	436.0	59.9	-	-	86	10
东地中海	228.4	55.4	16.1	22	183.6	45
西太平洋	261.1	19.7	42.1	27	598.1	38
<b>总计</b>	<b>1878.5</b>	<b>36.9</b>	<b>251.3</b>	<b>42</b>	<b>2031.7</b>	<b>37</b>

<sup>a</sup> 碘缺乏症界定为尿中碘的含量中值低于 100 µg/l。

<sup>b</sup> 根据血红蛋白浓度。

出处：世界卫生组织微量营养素缺乏症信息系统：全球碘缺乏症发病率，2003 年；全球维生素 A 缺乏症发病率，1995 年；全球贫血和碘缺乏症发病率，1990-1995 年。

8. **铁缺乏症**和**贫血**的最严重影响是孕产妇和儿童死亡的增长，但是对儿童发育和工作生产率的影响也很显著。在发展中国家，贫血的发生率在 12 至 24 个月的儿童中最高<sup>1</sup>，铁缺乏症的复杂发病原理由于诸如疟疾、寄生虫感染和其它营养缺乏等原因变得更加复杂，它需要一套抵抗传染病和改善妇幼卫生与营养的综合干预措施。

9. 只有在最近才认识到**锌缺乏症**是发展中国家幼儿的一个公共卫生问题<sup>2</sup>，以及补充锌对减少肺炎的发生和严重腹泻的发作与持续时间方面的益处。世界卫生组织继续支持了在印度和桑给巴尔（坦桑尼亚联合共和国）的研究，以量化补充锌对儿童期死亡率的影响。

<sup>1</sup> 出处：人口和卫生调查，1996-2001。

<sup>2</sup> Caulfield L, Black RE. 锌缺乏症。发表于 Ezzati M 等编辑的 *健康危险因素可比较的数量：全球和区域因某些主要危险因素而承担的疾病负担*。日内瓦，世界卫生组织，2003 年（印刷中）。

## 紧急情况下的营养问题和严重营养不良的管理

10. 重大紧急情况目前影响着 55 个国家中的将近 4000 万人，其中包括 580 万名 5 岁以下的儿童。为了应对在这种情况下由于不适当的喂养、保健和卫生服务造成的如此广泛的儿童与营养不良问题，世界卫生组织向政府和在阿富汗、南非、埃塞俄比亚、伊拉克、利比里亚，以及西岸和加沙地带工作的救济机构提供技术支持。相关的指导原则和标准包括紧急情况下的营养管理<sup>1</sup>及促进婴幼儿的最佳喂养<sup>2</sup>。

11. 尽管 5 岁以下儿童严重营养不良的死亡率中值一般为 30% 至 50%，但是将生理和代谢变化考虑在内时，这一比例可大幅度下降。在治疗中心应用世界卫生组织建议的医院管理急性营养不良儿童的方案使死亡率下降至 5% 以下<sup>3</sup>。为了培训卫生工作人员应用这项方案，世界卫生组织开办了培训班<sup>4</sup>，这一培训班在孟加拉国、智利、冈比亚、马拉维和大不列颠及北爱尔兰联合王国的机构合作伙伴的帮助下已在非洲、东南亚和西太平洋区域举办了 25 期培训班。

## 婴幼儿喂养

12. 在卫生大会通过了**婴幼儿喂养全球战略**（WHA55.25 号决议）之后，世界卫生组织在所有区域开展了活动，将建议转化为行动。例如，在哈拉里（2002 年 11 月 11-14 日为博茨瓦纳、埃塞俄比亚、冈比亚和津巴布韦），在摩洛哥卡萨不兰卡（2003 年 7 月 28-31 日为巴林、埃及、伊朗伊斯兰共和国、摩洛哥、阿曼、巴基斯坦和突尼斯）举办了区域会议，并在玻利维亚、博茨瓦纳、柬埔寨、中国、埃及、埃塞俄比亚、加纳和越南组织了国家会议，加强过去取得的成果<sup>5</sup>。2002-2003 年，联合国儿童基金会与开展合作的非政府组织对在埃及、印度、马来西亚、秘鲁和越南召开的多国会议给予了支持。世界卫生组织召开了一个关于战略实施进展的全球技术会议（2003 年 2 月 10-12 日于日内瓦），

<sup>1</sup> 管理重大紧急情况下的营养问题。日内瓦，世界卫生组织，2000 年；紧急情况下的婴儿喂养。救济人员的模式 1。世界卫生组织、联合国儿童基金会、LINKAGES、国际婴儿食品行动网和其它捐助机构。都柏林，紧急情况营养网络，2001 年。

<sup>2</sup> 文件 WHA55/2002/REC/1，附件 2，以及促进紧急情况期间，特别是伊拉克形势下的婴幼儿最佳喂养（[http://www.who.int/nut/documents/emerg\\_feeding\\_iraq.pdf](http://www.who.int/nut/documents/emerg_feeding_iraq.pdf)）。日内瓦，世界卫生组织，2003 年。

<sup>3</sup> 管理严重营养不良：医生和其它高级卫生工作人员手册。日内瓦，世界卫生组织，1999 年；对严重感染或严重营养不良儿童的管理（文件 WHO/FCH/CAH/00.1）。

<sup>4</sup> 严重营养不良管理培训班（包括参与者的 7 种模式和授课者的指导方针）（文件 WHO/NHD/02.04；原文为英文，法文、葡萄牙文和西班牙文文本在编制中）。

<sup>5</sup> 自从粮农组织/世界卫生组织联合国际营养会议（1992 年于罗马）以来，146 个会员国和 5 个领地修订和加强了部门间食品与营养政策，其中的 100 个会员国具有为促进适宜的婴幼儿营养做法的特定综合战略。

世界卫生组织及其伙伴<sup>1</sup>准备了各种实用工具，例如设计了一种为保护、促进和支持适宜喂养而评估政策和规划的手段<sup>2</sup>，以及为卫生专业人员制定介绍基本知识和基本培训能力的指导方针<sup>3</sup>。

13. 在世界卫生组织**全球母乳喂养和辅助喂养数据库**中对 122 个国家进行的 414 项调查数据分析显示，出生后前 4 个月纯母乳喂养<sup>4</sup>的总体水平从 1990 年的 19% 上升至 2002 年的 38%。同一时期，及时接受辅助喂养的儿童总数大约从 55% 增长至 60%<sup>5</sup>。尽管取得了这些进展，但是喂养实践离世界卫生组织的全球公共卫生建议仍相差很远，这项建议的内容是进行 6 个月的纯母乳喂养，然后至少在两岁之内在继续母乳喂养的同时提供安全和适宜的辅助食品（WHA54.2 号决议）。

14. 为了支持以科学为依据的促进适宜**辅助喂养**的做法并对它们逐步进行精确的评估，世界卫生组织正在鼓励决策者和规划制定者在草拟地方喂养建议时使用最佳做法准则<sup>6</sup>。准则反映全球辅助喂养协商会（2001 年 12 月 10-13 日于日内瓦）的结果<sup>7</sup>，并附有一本针对就儿童喂养提供咨询的中级卫生工作人员的小册子<sup>8</sup>。一个旨在向卫生工作人员提供对护理人员给予咨询技能的课程经在孟加拉国、牙买加和南非进行了现场试验之后介绍给培训人员（2003 年 9 月 13-18 日于阿曼），已在巴林、阿曼、巴基斯坦和苏丹进行了仿效<sup>9</sup>。世界卫生组织与国际食品政策研究所合作，也正在确定评估辅助喂养做法的指标<sup>10</sup>。

<sup>1</sup> 包括联合国儿童基金会、粮农组织、国际劳工组织、LINKAGES 项目、国际婴儿食品行动网、La Leche League International 和母乳喂养行动世界联盟。

<sup>2</sup> *婴幼儿喂养：评估国家做法、政策和规划的手段* (<http://www.who.int/nut/publications.htm#inf>)。日内瓦，世界卫生组织，2003 年。

<sup>3</sup> *综合管理儿童期疾病（IMCI）：计划、实施和评估职前培训*。日内瓦，世界卫生组织，2003 年 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/IMCI/Planning\\_Implementing\\_Evaluating.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/IMCI/Planning_Implementing_Evaluating.pdf))。

<sup>4</sup> 尽管全球公共卫生建议 6 个月的纯母乳喂养作为可供分析的最佳可变化数据，但是从国家的调查尚未获得此数据的足够资料。大约 60 个会员国的相关当局—2003 年中时包括澳大利亚、爱尔兰和大不列颠及北爱尔兰联合王国—正式建议 6 个月的纯母乳喂养。

<sup>5</sup> 正在编写有关最近全球和区域在纯母乳喂养和及时辅助喂养的发生率及时段方面趋势的完整报告。

<sup>6</sup> *母乳喂养儿童辅助喂养的指导原则*。华盛顿特区，泛美卫生组织/世界卫生组织，2003 年。

<sup>7</sup> *辅助喂养：全球协商会的报告和指导原则摘要*。日内瓦，世界卫生组织，2003 年 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/NUTRITION/Complementary\\_Feeding.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/Complementary_Feeding.pdf)); Daelmans B、Martines J、Saadeh R 等编辑。依据世界卫生组织关于辅助喂养专家协商会产生特殊问题。*食品和营养丛刊*，2003 年，24(1)。

<sup>8</sup> *辅助喂养：母乳喂养儿童的家庭食品*。日内瓦，世界卫生组织，2001 年。

<sup>9</sup> *辅助喂养咨询：一个培训课程*。日内瓦，世界卫生组织，2003 年（印刷中）。

<sup>10</sup> Ruel MT, Brown KH, Caulfield LE. 实现辅助喂养：指标和研究重点。华盛顿特区，国际食品政策研究所，讨论文件 146，2003 年 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/NUTRITION/paper146.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/paper146.pdf))。

15. **儿童感染艾滋病毒**的最主要途径是怀孕、分娩、或通过母乳喂养而造成的母亲对孩子的传播（出生于 HIV 阳性妇女婴儿的传播率为 5%—20%）。世界卫生组织和联合国系统 8 个其它组织正在促进一项行动框架，它在强调减少艾滋病毒传播的同时加强对广大人群中母乳喂养的支持<sup>1</sup>。这项框架支持国家综合喂养政策、实施《国际母乳代用品销售守则》和相关的卫生大会决议、对所有儿童的适宜喂养、对 HIV 阳性妇女的支持和研究工作，并由修订和更新的准则（为决策者和卫生人员）及一项技术审评加以补充<sup>2</sup>。

16. 世界卫生组织在现场测试了一套咨询卡，供有关母乳喂养咨询的培训和预防母婴传播艾滋病毒使用。世界卫生组织设计了一种研究手段，评估选择不进行母乳喂养或早期停止母乳喂养的 HIV 阳性母亲的喂养方案，并正在为非母乳喂养儿童制定辅助喂养准则。为了对适宜的干预措施提供信息基础，世界卫生组织正在支持有关艾滋病毒传播与包括纯母乳喂养在内的各种喂养模式相关风险的研究，以及在这种传播中乳腺炎和其它感染产生的作用的研究。除了支持在巴西和南非开展的关于婴儿喂养咨询和提供支持的质量保证的业务研究之外，世界卫生组织正在促进建立一个加强信息交换和协调的研究网络。

17. 世界卫生组织关于营养和艾滋病毒/艾滋病技术咨询小组召开了会议（2003 年 5 月 13-15 日于日内瓦），审议包括 300 万 15 岁以下儿童在内的大约 4200 万艾滋病毒携带者和艾滋病人的营养需求，以及关于营养在艾滋病毒的传播、疾病发展和死亡方面的作用的证据。该小组还正在起草一份关于科学证据、规划影响、食品安全和对包括孤儿在内的脆弱人群进行照顾的专论。世界卫生组织与粮农组织共同为卫生工作人员组织了一期关于营养在艾滋病毒传播、疾病发展方面的作用以及实用保健措施的培训班，并出版了一本向艾滋病患者提供简易的膳食建议的手册<sup>3</sup>。

18. 138 个国家中的 19000 多所医院目前正在实施 1991 年发起的在卫生机构中促进开始和建立纯母乳喂养的**爱婴医院倡议**，2002 年，有 80% 的妇产医院被确认为爱婴医院的喀拉拉邦（印度）被宣布为全球第一个《爱婴州》。非洲区域办事处组织了一期卫生机

---

<sup>1</sup> *艾滋病毒和婴儿喂养：重点行动框架*。日内瓦，世界卫生组织，2003 年 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/HIV\\_IF\\_Framework.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/HIV_IF_Framework.htm))。

<sup>2</sup> 世界卫生组织、联合国儿童基金会、联合国艾滋病规划。《*艾滋病毒与婴儿喂养：决策准则；对卫生保健管理人员和指导人员的指南*》。日内瓦，世界卫生组织，文件 WHO/FRH/NUT/CHD/98.1 和 98.2，以及世界卫生组织、联合国儿童基金会、联合国人口基金、联合国艾滋病规划。《*对母乳喂养传播艾滋病毒的一项审评*》。日内瓦，世界卫生组织，2003 年（印刷中）。

<sup>3</sup> 对艾滋病患者的营养保健和支持。日内瓦，世界卫生组织（印刷中）；与*艾滋病毒/艾滋病共存：关于对艾滋病患者提供营养保健和支持的手册*。罗马，联合国粮农组织，2003 年 (<http://www.fao.org/DOCREP/005/Y4168E/Y4168E00.HTM>)。

构评估培训班，参加人员是来自 12 个非洲国家的卫生机构评估员（2002 年 5 月 28-30 日于利伯维尔）。为了维持倡议的进展，世界卫生组织正在广泛散发一项重新评估和监测的工具<sup>1</sup>并为支持爱婴医院中 HIV 阳性母亲提出了建议。正在对医院行政管理人员培训课程进行相应的更新<sup>2</sup>。

19. 1981 年通过的**国际母乳代用品销售守则**要求会员国每年向总干事报告对实施《守则》的原则和目标采取的行动（第 11.6 条）。世界卫生组织 192 个会员国中的 162 个（84%）已进行了报告（通常不只一次），但提供的新信息已大幅度减少。《国际守则》的新重点是全球婴幼儿喂养战略的行动目标之一<sup>3</sup>。自从最后一次向卫生大会报告之后<sup>4</sup>，只从下述三个国家获得了新的情况：印度（2003 年修订议案，它通过禁止促销旨在喂养两岁以下儿童的产品加强了 1993 年法案<sup>5</sup>）；马来西亚（修订了 1985 年食品法规，禁止通过任何出现在、粘贴在、或提供在婴儿配方上的任何描述性内容促销或宣传另一种产品的任何信息）；以及巴基斯坦（关于母乳喂养保护和儿童营养的法令（2002 年 10 月 26 日），它涵盖旨在出生第一年喂养的所有产品）<sup>6</sup>。世界卫生组织对澳大利亚、巴林、柬埔寨、新西兰和土耳其提出的技术支持要求作出了反应。2002 年 4 月，自 1951 年与世界卫生组织建立正式关系的一个非政府组织—国际儿科协会向总干事重申其对《国际守则》和继后的相关卫生大会决议的支持。

## 婴幼儿发育国际标准

20. 生长参照基准是用于评估儿童健康，乃至他们所生活的社区健康状况的最常用的工具。它们的价值在于帮助确定在胎儿和儿童所有的重要阶段中生长和发育生理需求的满足程度。1994 年，认识到当前国家卫生统计中心/世界卫生组织国际生长参考基准存在的缺陷，世界卫生组织开始根据所有国家儿童应该如何发育，而不仅是描述他们在一段特定的时期和一个地点如何成长，来制定新标准。

21. 构成生长标准项目第二阶段的世界卫生组织多中心生长参考基准研究（1997-2003）收集了具有各种种族背景和文化环境中（巴西、加纳、印度、挪威、阿曼和美利坚合众

---

<sup>1</sup> 世界卫生组织、联合国儿童基金会和 Wellstart 国际社。爱婴医院倡议。监测和重新评估：维持进展的工具（文件 WHO/NHD/99.2）。

<sup>2</sup> 促进卫生机构中的母乳喂养：管理人员和决策者的短期培训班（文件 WHO/NHD/96.3）。

<sup>3</sup> 这项战略“包括…作为各国政府的一项重点…审议可能需要哪些新的法律或其它适宜措施，作为婴幼儿喂养综合政策的一部分，以实施《国际母乳代用品销售守则》的原则和目的以及嗣后卫生大会的相关决议”（文件 WHA55/2002/REC/1，附件 2，第 33 段）。

<sup>4</sup> 文件 A55/14。

<sup>5</sup> *国际卫生法规文摘*，1993 年；44:638。

<sup>6</sup> *国际卫生法规文摘*，<http://www.who.int/idhl/Pak.02.003>。



国)的大约 8500 名儿童的主要数据。在研究结果的基础上开始了第三阶段的工作：发展一种科学上有力的方法评估生长和营养状况。新标准从 3 项扩展为 12 项，并涉及到在肌肉运动发育方面达到的几项里程碑，这些标准将把进行母乳喂养的婴儿作为生物规范。

22. 目标是到 2010 年，目前使用国家卫生统计中心/世界卫生组织生长参考基准的 99 个国家中的大多数将有效地使用、或将开始过渡使用新标准。这一变化将充分用于加强生长发育评估与支持千年发展目标之间的联系。此外，具有一个以全球样本为基础的生长标准和认识到环境差异（不是基因天赋）是决定儿童生长差异的主要因素，应有助于实现已采纳的人权原则，特别是《儿童权力公约》中所规定的原则。

### 减少生命全过程中的营养风险因素

23. 在有关无论是缺乏营养或营养过剩所造成的多种营养不良及其对以后生命健康造成的损害方面不断积累着有力的证据。最近的研究表明，子宫内发育迟缓而以后迅速发育的人在成年期患病的风险增多。其它证据表明有儿童期生长发育障碍的人存在着冠状心脏病、中风、或者成人型糖尿病的高风险。母乳喂养与能够明显地降低足月出生和早产儿儿童期的血压有关。与此同时，短期进行母乳喂养和喂养母乳代用品与罹患儿童期和青少年期的几种慢性病（例如第 1 型糖尿病、乳糜腹泻综合征、一些儿童癌症和炎症性肠病）的风险有关；一些最近的证据表明，婴儿配方食品与以后生命中增加的肥胖和高血压的风险有关<sup>1</sup>。但是，早期营养风险因素对长期健康结果的影响需要进一步研究。出于所有这些原因，世界卫生组织为所有年龄组的人促进一种终身的健康饮食，营养和预防慢性病的途径<sup>2</sup>。

### 执行委员会的行动

24. 请执行委员会注意本报告。

= = =

<sup>1</sup> 世界卫生组织技术报告从刊，第 916 期，2003 年。

<sup>2</sup> 参阅题为“健康促进和健康的生活方式”的 EB113/7 号文件，以及文件 EB113/44 Add.1，它们提出了全球有关饮食、身体活动和健康的战略草案。