



婴幼儿营养：四年一次报告

秘书处的报告

1. 继有关全球营养不良概要之后，本文件报告在保护、促进和支持合理喂养(包括实施《母乳代用品销售守则》)方面的进展。这些活动有助于实现与卫生相关的千年发展目标，特别是消除极端贫困和饥饿，降低儿童死亡率和增进母亲健康。婴幼儿喂养全球战略提供了一个综合框架，目的是促进合理喂养和减少营养不良，营养不良(直接或间接)每年造成的5岁以下儿童的死亡占1060万这一年龄组死亡的一半以上¹。

蛋白质 — 热能营养不良

2. 根据对139个国家的调查，尽管在全球范围取得了一些进展，但是到2015年不可能实现将1990年体重不足的水平减少50%的目标。这主要是由于非洲日益恶化的形势，在这一地区，只有一个分区域(北非)正前进在实现这一目标的道路上，而南撒哈拉非洲和东部非洲的婴儿体重不足的现象越来越普遍。艾滋病毒/艾滋病以及政治和社会不稳定是造成这一情况的因素。无论是艾滋病毒受染儿童和孤儿还是父母感染艾滋病毒的儿童均处于不断增加的营养不良的风险之中。如果艾滋病毒/艾滋病的流行加剧，那么2015年对体重不足婴儿的预测可能偏低。东亚(主要是中国)和东南亚地区预计将实现目标，而中南亚和西亚却不能实现。到2015年，亚洲儿童期营养不良的患病率占全球的比例预计将从80%下降至60%，而非洲的这一比例将从16%上升至38%²。

¹ 题为《珍爱每一个母亲和儿童》的2005世界卫生报告。日内瓦，世界卫生组织2005年。

² 1990年和2015年全球儿童期体重不足患病率的估计，De Onis M、Blössner M、Borghi E、Frongillo E、Morris R著。JAMA，2004年，第291卷：2600-2606。

微量营养素性营养不良

3. 全球范围，成千上万的人缺乏维生素 A、铁和碘，这方面最脆弱的人群组是社会经济状况贫困的孕妇和幼儿。2004 年对碘缺乏的全球估计表明，尽管受影响国家的缺碘人数下降了一半(目前全球人口的 70% 以上消费碘盐)，但是将近 20 亿人碘摄入不足。预计在 2006 年初将更新有关维生素 A 缺乏和碘缺乏性贫血的数据。

4. 召开了专家会议，以制定关于铁和锌状况指标的指南(分别于 2004 年 4 月和 2005 年 12 月)；预防和控制孕妇和幼儿的碘缺乏战略(2005 年 1 月)；以及控制叶酸和维生素 B12 缺乏(2005 年 11 月)。世界卫生组织和联合国儿童基金会在开展了一项评估铁对儿童期死亡率影响的多国研究之后发表了一份关于补铁的联合声明。将于 2006 年 6 月召开有关补铁的功效和安全性的专家会议。世界卫生组织正在印度协调一项研究以确定补充锌对出生低体重婴儿发病率的影响。为了改进紧急情况下人群的营养不良状况，世界卫生组织、联合国儿童基金会和世界粮食计划署发表了一项关于为孕妇和哺乳妇女以及 6 个月至 59 个月儿童补充多种维生素和矿物质的联合声明。

紧急情况下的营养和严重营养不良的管理

5. 通过合理的喂养和护理，可避免紧急情况下的很多残疾和死亡；因而世界卫生组织制定了指导方针¹，以便为紧急反应所有阶段的婴幼儿喂养和护理组织持续现场干预措施。这些指导方针是对救济人员进行有关合理婴儿喂养培训模式的补充²。世界卫生组织也正在制定用于紧急情况中的营养反应同时有助于共同评估和计划活动的规范与标准。

严重营养不良的社区管理

6. 由世界卫生组织、联合国儿童基金会和营养常设委员会于 2005 年在日内瓦组织的关于严重营养不良社区管理会议的代表们认为，利用即时治疗用食品有可能在家中管理大量严重营养不良的儿童。还可以利用家庭烹制食品与含有维生素和矿物补充剂的营养丰富的食品相结合的膳食治疗这类儿童；需要开展进一步的研究以评估这种做法的大规模临床的有效性和可行性。简易行动与社区管理相结合每年能够预防很多儿童死亡。

¹ “紧急情况期间婴幼儿喂养的指导方针”。日内瓦，世界卫生组织，2004 年。

² 由联合国儿童基金会、联合国难民事务高级专员办事处、世界卫生组织、紧急情况中的营养网和国际婴儿食品行动网联合制定的模式请参见<http://www.enonline.net/ife/module1/index.html>和<http://www.enonline.net/ife/module2/index.html>。

婴幼儿喂养全球战略的实施情况

7. 所有区域均已采取行动将婴幼儿喂养全球战略转化为行动。

制定国家战略和行动计划

8. 在非洲区域，区域办事处为制定行动计划于 2004 年和 2005 年分别为法语国家(布基纳法索、科特迪瓦、马里、塞内加尔)和葡萄牙语国家(安哥拉、佛得角、几内亚比绍、莫桑比克、圣多美和普林西比)组织了讲习班。讲习班之后特别在 23 个国家开展了后续行动，包括在加纳、肯尼亚、坦桑尼亚联合共和国和赞比亚设立了工作小组。

9. 在美洲区域，本组织向玻利维亚和圭亚那政府提供支持，召开利益相关方会议讨论加强营养问题的规划间合作，综合管理儿童期疾病和艾滋病毒以及制定实施全球战略计划的方法。在阿根廷(为阿根廷、巴拉圭和乌拉圭)，在危地马拉(为哥斯达黎加、多米尼加共和国、萨尔瓦多、危地马拉、洪都拉斯、尼加拉瓜、巴拿马)和马提尼克(为 22 个加勒比国家)组织了国家间计划讲习班。为评估在洪都拉斯、尼加拉瓜和巴拿马的实施情况进行了后续访视。

10. 在东南亚区域，孟加拉国、马尔代夫、缅甸和尼泊尔通过了国家婴幼儿喂养战略；印度拟定了指导方针，印度尼西亚继续开展制定战略的工作。

11. 在西太平洋区域，中国、菲律宾、美属萨摩亚和汤加拟定了行动计划，蒙古、巴布亚新几内亚和越南开始草拟行动计划。

12. 世界卫生组织和联合国儿童基金会制定了一项制定计划指南以帮助国家协调员和工作组将全球战略的目的和目标转化为实际政策、战略和行动计划¹。美洲区域办事处也编写了一本手册用于评估、设计、实施、监测和评价改进婴幼儿喂养的干预措施。世界卫生组织及其伙伴制定了一份关于婴幼儿喂养的资料清单，目的是促进评估、政策制定、计划、宣传、能力建设，以及监测和评估干预措施²。

¹ “实施婴幼儿喂养全球战略的计划指南：工作框架”。世界卫生组织和联合国儿童基金会，2006 年(印刷中)。

² “婴幼儿喂养：工具和资料”。日内瓦，世界卫生组织，2004 年(CD-ROM)。

为实施婴幼儿喂养全球战略的能力建设

13. 所有区域加强了对婴幼儿喂养咨询方面的国家能力。在**欧洲区域**，哈萨克斯坦举办了一期护士进行家访的培训班并进行了现场检验。在**东地中海区域**，结束了根据区域情况调整的阿拉伯语世界卫生组织/联合国儿童基金会婴幼儿喂养培训班，来自一些会员国的参加者接受了开办培训班方面的培训。

14. 到 2005 年底，仅非洲区域就有 250 多名国家受训者和 5000 多名卫生工作人员接受了关于母乳喂养与艾滋病毒和婴儿喂养咨询方面的培训。

15. 在尼加拉瓜和秘鲁举办了关于艾滋病毒和婴儿喂养培训班¹，并在欧洲区域发布了关于预防婴儿艾滋病毒感染的战略框架。东南亚和西太平洋区域办事处为几个国家的代表在印度举办了关于母乳喂养咨询和艾滋病毒与婴儿喂养咨询国家间培训班。

16. 世界卫生组织与非洲人口研究和生殖卫生中心合作，正在准备一期关于母乳喂养、辅助喂养以及艾滋病毒与婴儿喂养咨询的培训班²。非洲、东南亚和西太平洋区域国家的主培训师接受了这方面的特殊培训。越南在医学院校中将母乳喂养知识纳入职前教育。

推动母乳喂养

17. 为庆祝有关保护、促进和支持母乳喂养的《因诺琴蒂宣言》15 周年，国家、区域和国际代表于 2005 年 11 月 21-22 日在意大利佛罗伦萨召开了会议，评估在实现 1990 年确定的行动目标方面取得的进展，讨论当前的挑战并采取行动加强国际议程。与会代表重申一项为使母亲、家庭和其他保健提供者对最佳喂养作出知情决定而提供支持性环境的“行动呼吁”³。

18. 到 2005 年底，作为爱婴医院倡议的一部分，向大约 150 个国家中近两万所产科设施授予了爱婴地位。修订了信息材料以反映关于艾滋病毒的新发现。

¹ “艾滋病毒与婴儿喂养咨询：一期培训班”。日内瓦，世界卫生组织，2000 年。

² “婴幼儿喂养咨询：一期综合培训班”（准备中）。

³ 关于婴幼儿喂养的 2005 年《因诺琴蒂宣言》，意大利，佛罗伦萨，2005 年 11 月 22 日。

19. 就全球而言，1990 年到 2004 年期间，6 个月以下婴儿中纯母乳喂养比率由 34% 增加到 39%。如某些非洲国家情况所表明，这些增加与国家法律、一致的信息和有利的承诺相关。

改善补充喂养

20. 除母乳外，从 6 个月起还需要能量密度高的补充食品来满足婴儿日益变化的营养需要。在许多国家，这个时期的营养不良发生率急剧增加。世界卫生组织正在开发一种工具，利用可在当地获得的食品以及微量营养素补充物或强化食品帮助确定成本最低的平衡补充饮食。已在莫桑比克和塔吉克斯坦完成对该工具的现场测试，将把它纳入现有的方案以便制定适合地方情况的建议。巴拿马目前正在对一种可从商业渠道获得的食品中增加铁质，据泛美卫生组织主持的一项研究表明，许多婴幼儿都食用这种食品。

21. 2004 年对世界卫生组织在埃及举办的为期三天补充喂养咨询课程进行了评价，初步结果表明，卫生工作者的咨询能力，母亲的记忆情况以及咨询后数周中报告的喂养做法有显著改善。

22. 世界卫生组织正在为研究提供支持以确定评估补充喂养做法的指标。对从 10 项国家研究获得的 6 至 24 个月儿童食品摄入数据重新作了分析以便评估饮食多样化与营养充足，以及喂养频率与能量摄取之间的关系。结果将在 2006 年的一次专家会议上予以讨论。

在极端困难条件下喂养儿童

23. 鉴于低出生体重儿中每年新生儿死亡率达 60% 至 80%，因此世界卫生组织正在审查关于喂养这组儿童的证据并拟定指导方针供基层设施使用。

24. 感染艾滋病毒妇女所生婴儿中 5% 至 20% 通过母乳喂养遭受感染。为了能够在缺乏特定干预措施减少母婴传播增加的情况下提供关于艾滋病毒与婴儿喂养的实践指导，世界卫生组织为国家计划制定和实施工作准备了一系列全面的政策文件、培训材料和工作辅助手段¹。非洲区域 20 个国家已经拟定实施 *优先行动框架* 的行动计划²；另有 5 个国家修订并传播了其艾滋病毒与婴儿喂养政策。

¹ “艾滋病毒与婴儿喂养咨询：一期培训班”。

² “艾滋病毒与婴儿喂养：优先行动框架”。世界卫生组织/联合国儿童基金会/联合国人口基金/联合国艾滋病规划署/世界银行/联合国难民事务高级专员办事处/世界粮食计划署/联合国粮食及农业组织/国际原子能机构。日内瓦，世界卫生组织，2003 年。

25. 世界卫生组织继续促进如何为感染艾滋病毒母亲提供婴儿喂养咨询的研究。在巴西、尼日利亚和南非进行的研究表明，卫生工作者培训和监督对于有效地为感染艾滋病毒母亲提供咨询十分重要，而且必须确定适当的信息和喂养建议并创造有利环境帮助母亲克服困难坚持其选择的喂养办法。

26. 继先前关于补充喂养的指导之后，世界卫生组织公布了关于非母乳喂养儿童的喂养指导方针¹。

27. 为响应世界卫生组织营养与艾滋病毒/艾滋病技术协商会议(2005年4月，南非，德班)的建议，与会者们发出了紧急呼吁要求全面实施全球战略并加强对爱婴医院倡议的支持，执行委员会第117届会议已将这一呼吁考虑在内²。

国际母乳代用品销售守则

28. 2004和2005年中若干国家为实施国际守则采取了措施。自该守则于1981年获得通过以来，非洲区域16个国家(2004年以来有5个)予以颁布。喀麦隆于2005年加强了其守则。

29. 在美洲区域，洪都拉斯的实施工作取得了巨大进展，包括通过了国家《母乳代用品销售守则》。

30. 在西太平洋区域，各国加强了努力，尤其通过能力建设和采取管制措施确保有效实施守则。该区域办事处与联合国儿童基金会以及国际守则文献中心一起提供支持，就国家实施守则问题进行培训，参与者来自该区域若干国家。2005年，柬埔寨通过了其《婴幼儿喂养产品销售次法令》，而蒙古议会通过了《国家守则法》。菲律宾最近开始对其国家守则法的实施规则及条例进行审查和改革。

31. 为纪念国际守则25周年，要求会员国提供关于守则实施状况的最新信息。有关结果将得到传播。

国际婴幼儿生长标准

¹ 分别是：“母乳喂养儿童的补充喂养指导原则”。华盛顿哥伦比亚特区，泛美卫生组织/世界卫生组织，2004年，和“6至24个月非母乳喂养儿童的喂养指导原则”。日内瓦，世界卫生组织，2005年。

² 见EB117.R2号决议。

32. 世界卫生组织不久将推出第一套新的儿童生长标准，以从巴西、加纳、印度、挪威、阿曼和美利坚合众国儿童中收集的主要数据为基础，这些儿童成长在对生长限制最少的环境中而且他们的母亲都遵循健康的做法。这些标准适用于五岁以下儿童并包括关于年龄别体重、年龄别身高/身高、身高/身高别体重以及年龄别体重指数的指标。

33. 新标准使母乳喂养成为生物规范并将母乳喂养婴儿定为生长和发育的规范模式。这些标准取代了目前 100 个国家使用的国际生长参考基准，描述了最佳环境条件下的人类正常生长情况，建议用这些标准来对世界各地的儿童进行评估，不论其种族、社会经济状况和喂养形式。随后将推出其他标准。

儿童期肥胖症

34. 全世界至少有 2000 万五岁以下儿童超重。儿童期肥胖症的主要决定因素是日益变化的饮食和身体活动模式，这些受到社会和环境迅速变化的影响。胎儿和婴儿营养不足促使在未来生命中增加患肥胖症和与营养有关其他慢性病的风险。由于缺乏关于学龄儿童和青少年的商定的生长参考基准，因此这些年龄组的超重和肥胖问题的广度及严重程度尚不得知。世界卫生组织在伙伴机构的密切合作下正着手利用有关的历史数据为学龄儿童和青少年制定国际参考基准，作为世界卫生组织儿童期肥胖症专家会议(2005 年 6 月，日本，神户)的后续行动。

营养不良的代际循环

35. 低出生体重仍是一个重要的公共卫生问题，长期以来被认为是围产期风险的标志和幼儿期营养不良的前兆。秘书处正在总结改善胎儿发育的有效干预措施的证据，这些干预措施包括整个生命周期的行动。自 2004 年以来举行了全球和区域协商会议，系统审查这方面证据的规划影响。目前正在编写一份包括有建议、实践指导方针和一项研究议程的综合报告。

卫生大会的行动

36. 请卫生大会注意本报告。

= = =