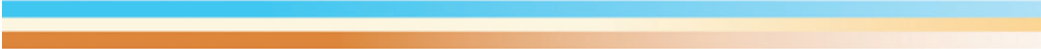




世界卫生组织

指南：

育龄妇女间断补充铁和叶酸



WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Guideline: Intermittent iron and folic acid supplementation in menstruating women.

1. Iron – administration and dosage. 2. Folic acid – administration and dosage. 3. Anemia, Iron-deficiency – prevention and control. 4. Menstruation – complications. 5. Women. 6. Dietary supplements. 7. Guidelines. I. World Health Organization.

ISBN 978 92 4 550202 9

(NLM classification: WH 160)

© 世界卫生组织, 2012年

版权所有。世界卫生组织出版物可从世卫组织网站 (www.who.int) 获得, 或者自WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (电话: +41 22 791 3264; 传真: +41 22 791 4857; 电子邮件: bookorders@who.int) 购买。要获得复制许可或翻译世界卫生组织出版物的许可 – 无论是为了出售或非商业性分发, 应通过世卫组织网站http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html 向世界卫生组织出版处提出申请。

本出版物采用的名称和陈述的材料并不代表世界卫生组织对任何国家、领地、城市或地区或其当局的合法地位, 或关于边界或分界线的规定有任何意见。地图上的虚线表示可能尚未完全达成一致的大致边界线。

凡提及某些公司或某些制造商的产品时, 并不意味着它们已为世界卫生组织所认可或推荐, 或比其它未提及的同类公司或产品更好。除差错和疏忽外, 凡专利产品名称均冠以大写字母, 以示区别。

世界卫生组织已采取一切合理的预防措施来核实本出版物中包含的信息。但是, 已出版材料的分发无任何明确或含蓄的保证。解释和使用材料的责任取决于读者。世界卫生组织对于因使用这些材料造成的损失不承担责任。

设计: Alberto March

版面: Toppan

建议采用的引文

世卫组织。《指南: 育龄妇女间断补充铁和叶酸》。日内瓦, 世界卫生组织, 2012年。

目录	鸣谢	iv
	资助	iv
	摘要	1
	范围和宗旨	1
	背景	2
	证据摘要	2
	建议	3
	备注	4
	传播、调整和实施	4
	传播	4
	调整和实施	5
	监督和评估指南的实施	5
	对未来研究的影响	5
	指南制定过程	6
	咨询小组	6
	指南的范围、证据评估和决策	6
	管理利害冲突	7
	指南更新计划	8
	参考文献	9
附件1.	“推荐分级的评估、制定与评价”（GRADE）研究结果摘要表	11
附件2.	世卫组织营养指南制定指导委员会	13
附件3.	营养指导专家咨询小组 – 微量营养素问题专家、世卫组织秘书处和外部专家	15
附件4.	外部专家和利益攸关方咨询团 – 微量营养素	20
附件5.	目标人群、干预措施、对照、结果问题表	24
附件6.	营养指导专家咨询小组成员确定推荐强度时考虑的因素摘要	25

鸣谢

本指南由Luz Maria De-Regil博士在Juan Pablo Peña-Rosas博士监督下协调编写，Metin Gulmezoglu博士、Jose Martines博士和Lisa Rogers博士提供了技术意见。感谢Regina Kulier博士及准则审查委员会秘书处工作人员在本指南撰写过程中提供的支持。感谢Davina Gheri博士在筹备有关本指南的技术磋商会期间提供的技术建议和协助。感谢世卫组织法律顾问办公室的Issa T. Matta先生和 Chantal Streijffert女士在利害冲突管理程序中提供的支持。还要感谢世卫组织营养促进健康和发展司微量营养素处Grace Rob女士和Paule Pillard女士提供的后勤支持。

世卫组织感谢世卫组织营养问题指导委员会和营养指导专家咨询小组提供的技术意见，特别是担任会议主席的Janet King博士、Rebecca Stoltzfus博士和Rafael Flores-Ayala博士。世卫组织还要感谢Cochrane协作网发育、心理和学习问题审查小组职员在发展系统审查方面提供的支持，该审查为本指南的制定提供了信息。

资助

世卫组织感谢卢森堡政府为本项工作提供资助。

摘要

由于月经期慢性铁损耗，育龄妇女面临的贫血风险增加。据估计，全球共有4.69亿贫血育龄妇女，其中至少一半是由于缺铁造成的。会员国请世界卫生组织就将育龄妇女间断补充铁和叶酸作为预防贫血公共卫生措施的效果和安全性提供指南，以支持各国实现千年发展目标。世卫组织根据《世卫组织准则制定手册》所列程序制定了本文件所载知证建议。相关步骤包括：1、确定重点问题和结果；2、获取证据；3、评估和综合证据；4、形成建议，包括研究重点；5、为指南的分发、实施、影响评估和更新制定规划。使用了“推荐分级的评估、制定与评价”方法根据最新系统审查结果对与事先选定主题有关的证据进行了整理。

负责就营养干预措施制定指南的营养指导专家咨询小组由相关领域专家、法学家以及潜在利益攸关方和消费者代表组成。这些专家参与了2010年和2011年在瑞士日内瓦和约旦安曼举行的数次有关本指南的世卫组织技术磋商会。通过公开征求意见组成了外部专家和利益攸关方咨询团，咨询团全程参与了指南制定过程。营养指导专家咨询小组就建议的强烈程度进行了投票，其考虑因素包括：1、本项干预措施的预期效果和不良影响；2、可获得证据的质量；3、与不同环境干预措施有关的优势和偏好；4、不同环境下卫生保健工作者可以获得的选择的费用。所有营养指导专家咨询小组成员均在每次开会前填写了《利益申报表》。

在贫血流行率高的地方，建议将间断补充铁和叶酸作为针对育龄妇女的公共卫生干预措施，以提高其血红蛋白浓度，改善其铁营养状况并减少贫血风险（强烈推荐）。间断补充铁剂与使用安慰剂或不采取干预措施对照，现有有关贫血、血红蛋白、缺铁和铁蛋白的证据总体质量低。间断补充与每日补充铁剂相对照，现有有关针对贫血的证据质量中等，有关血红蛋白和铁蛋白的证据质量低，有关缺铁的证据质量极低。

范围和宗旨

本指南就育龄妇女间断补充铁和叶酸作为公共卫生干预措施以改善育龄妇女铁营养状况、减少发生贫血风险提供全球性知证建议。

本指南将帮助会员国及其伙伴为实现千年发展目标—特别是促进两性平等并赋予妇女权利（千年发展目标3）和改善产妇保健（千年发展目标5）—采取适当营养行动做出知情决定。本指南目标读者广泛，包括决策者、其专业顾问以及参与设计、实施和扩大为改善公共卫生而采取的营养行动的组织之技术和规划职员。

本文件介绍了关键建议并总结了有关支持证据。证据基础的进一步细节见附件1和参考文献中所列其它文件。

¹本出版物为世卫组织指南。世卫组织指南指包含世卫组织有关卫生干预措施的建议的文件，不论其文件标题如何，也不论其建议的措施是临床、公共卫生还是政策性干预措施。“建议”提供有关决策者、卫生保健提供者和患者应该怎么做信息。这也就意味着在对卫生和资源利用有影响的的不同干预措施之间做出选择。所有包含世卫组织建议的出版物均经世卫组织准则审查委员会批准。

背景

据估计，全球非妊娠妇女贫血流行率达30.2%(1)。有多种原因可能导致贫血，这些原因往往同时存在；贫血可能是由于寄生虫感染、炎症性疾病、遗传性血红蛋白结构紊乱或维生素和矿物质缺乏，包括铁、维生素A和维生素B12以及叶酸(2)。缺铁则是由于铁摄入不足（饮食铁含量或吸收不足）、需铁量增加或流血造成慢性铁损失导致的长期负铁平衡造成的。育龄妇女由于经期失血面临的缺铁风险更高(2)。

通常育龄妇女海平面血液血红蛋白浓度低于120 g/l即诊断为贫血(3)。如测量铁蛋白或另一铁营养状况指标血清可溶性转铁蛋白受体浓度发现同时存在贫血和缺铁，则诊断为缺铁性贫血(4)。对所有年龄组人群而言，缺铁性贫血均会损害其抗感染能力，并降低青少年和成年人的体能和工作表现(2,5)。另外，铁储备不足的妇女一旦怀孕则更可能出现不良孕产和新生儿后果(6)。

连续3个月每日补充铁和叶酸已经成为预防和治疗育龄妇女缺铁性贫血的标准方法。虽然其效果已经得到证明，但鼓励每日补充的公共卫生措施所取得的成功却很有限，这可能主要是因为措施覆盖率低、补充剂分发不足以及副作用（例如便秘、大便变黑或补充剂有金属味）造成治疗方案依从程度低(7)。

为预防育龄妇女贫血，间断补充口服铁剂（例如每周一次、两次或三次间隔服用）被认为是每日服用铁补充剂的一种有效替代方案(8,9)。该干预措施的理由是，肠细胞每五、六天更新一次，其铁吸收能力有限。因此，间断补充铁剂将会仅使新的上皮细胞接触到该营养素，因而从理论上说会提高吸收效率(10,11)。间断补充还有助于减少其它与每日补充铁剂有关的副作用的氧化应激和发生频率(6,8)并尽量减少由于肠腔和肠上皮铁水平高造成无法吸收其他矿物质。经验表明，间断补铁的治疗方案对妇女而言更容易接受，因而能够增加对补铁规划的依从性(12,13)。利用这种治疗方案还可以在妇女怀孕前就改善其铁和叶酸状况，有助于预防神经管缺陷(14)。

证据摘要

为制定本指南，Cochrane协作网进行了系统审查，评估间断补充铁剂对贫血及其相关障碍的效果及安全性(15)。该审查将青春期中女孩和育龄妇女间断单独补充铁剂或铁与叶酸或其他微量营养素相结合补充与不采取干预措施或安慰剂以及每日补充进行了对比，涉及多种不同生活环境，包括疟疾流行区。

营养指导专家咨询小组认为对决策至关重要的是贫血、缺铁、缺铁性贫血和发病率，特别是疟疾发病率和严重程度。基线贫血发病率、每周元素铁剂量、补充持续时间、补充剂配方和疟疾流行情况等因素也被认为可能产生影响。

审查包括21项随机对照试验，涉及拉丁美洲、亚洲、非洲和欧洲15个国家的10258位已经月经来潮的妇女。各项试验的基线贫血流行率不同。其中5项研究系在疟疾流行区进行。

进行间断补铁（单独补充铁剂或与叶酸或其它微量营养素合并补充）妇女血红蛋白（平均差4.58 g/l，95%置信区间2.56–6.59，13项研究）和铁蛋白（平均差8.32 μg/l，95%置信区间4.97–11.66，6项研究）浓度更高，比不服用补充剂或服用安慰剂的人更不容易患贫血（相对风险0.731，95%置信区间0.56–0.95，10项研究）。

与每天补充铁剂的妇女相比，间断补充铁剂的妇女更可能患贫血（相对风险1.26，95%置信区间1.04–1.51，6项研究），铁蛋白浓度（平均差-11.32 μg/l，95%置信区间-22.61至-0.02，3项研究）稍低，但血红蛋白浓度（平均差-0.15 g/l，95%置信区间-2.20至1.91，8项研究）类似。对于缺铁（相对风险4.30，95%置信区间0.56–33.20，1项研究）或临床疟疾的风险差别并无统计学证据，但在解读相关结论时应十分谨慎，因为很少有研究对这些结果进行了评估。

不论补充剂是每周服用一次还是两次，服用不到3个月还是3个月以上，每周服用元素铁不到60毫克还是超过60毫克，以及是否在贫血或疟疾的流行地区，该干预措施均有效。

在间断补铁与使用安慰剂或不采取干预措施相对照方面，有关贫血、缺铁、血红蛋白和铁蛋白的证据总体质量低。在间断补铁与每日补铁相对照方面，有关贫血的证据质量中等，有关血红蛋白和铁蛋白的证据质量低，有关缺铁的证据质量极低。（附件1）

在规划实施经验方面，有几个国家（包括柬埔寨、埃及、印度、老挝、菲律宾和越南）利用各种给药机制为50余万育龄妇女每周补充铁剂和叶酸。总的来说，报告依从度较高，使贫血流行率下降了9.3%到56.8%(16)。

建议

本建议代替世卫组织此前一份声明中所发表的⁽¹⁷⁾。

建议贫血流行率高的地区将为育龄妇女间断补充铁剂和叶酸作为一项公共卫生干预措施实施，以提高其血红蛋白浓度，改善铁营养状况并减少贫血风险（强烈推荐）²。

育龄妇女间断补充铁剂和叶酸的方案见表1。

表1
育龄妇女间断补充铁和叶酸建议

补充剂成分	铁：60毫克元素铁 ^a 叶酸：2800 微克（2.8 毫克）
频率	每周一次
补充持续和间隔时间	每补充3个月应停止补充3个月，随后应再次开始补充 如可行，应在整个学年或日历年进行间断补充
目标人群	所有经期少女和成年妇女
适用环境	未怀孕育龄妇女贫血流行率达20%或更高的地区

^a 60毫克元素铁等于300毫克七水硫酸亚铁、180毫克富马酸亚铁或500毫克葡萄糖酸亚铁。

²强烈推荐是指指南制定小组相信遵循该建议的好处超过其负面影响的建议。这可能是支持也可能是反对某项干预措施。这也就意味着，对患者而言，大部分人群需要采取建议的行动，而仅有一小部分人不需要；对临床医生而言，应按照建议的措施对待其大部分患者，遵循该建议构成高质量保健服务的合理措施。对决策者而言，强烈推荐也就是在大多数情况下需作为政策实施的建议。

备注

- 间断补充铁和叶酸属于针对全体目标人群的预防性措施。如某妇女已被临床诊断患有贫血，则应通过对其进行每日补充铁剂（120毫克元素铁）和叶酸（400微克或0.4毫克）的治疗，直到其血红蛋白浓度提高到正常水平(18)。然后可转为间断补充方案以预防贫血复发。
- 考虑到有关间断补充叶酸的有效剂量的证据有限，叶酸补充剂的建议剂量是预防神经管畸形建议补充剂量（每天400微克或0.4毫克）的七倍。有限的进一步试验证据表明，此剂量能够提高红血球叶酸浓度，减少神经管畸形风险(17,19)。
- 在疟疾流行区，提供铁和叶酸补充剂的同时需采取充分措施预防、诊断和治疗疟疾(20)。
- 间断提供铁和叶酸补充剂可纳入国家青少年和生殖健康规划(21,22)。但是，为使目标人群的每日营养需求既得到满足，也不过量，应先对育龄妇女的营养状况以及现有控制贫血和叶酸缺乏症的措施（如钩虫病防治、食品营养强化或促进全面膳食的努力）进行评估。
- 应为计划怀孕的妇女间断补充铁和叶酸以提高其体内的铁存储量。确认怀孕后，妇女应接受规范的产前检查，包括根据其贫血状况每日或间断补充铁和叶酸(23,24)。
- 建立质保流程非常重要，可以确保补充剂根据事先确定的条件（如药品的颜色和大小）在可控、无污染环境下生产、包装和储存(25)。
- 在提供包装适当的高质量补充剂的同时，还可采取沟通策略促使行为发生改变，宣传该干预措施的好处并管理其副作用。这有助于目标人群接受并坚持补充铁和叶酸。该策略还应有助于促进饮食多样化，增加摄入有助于铁吸收的食品组合。
- 应根据具体情况选择最恰当的给药平台，目的是确保为包括最弱势成员在内的目标人群及时、持续地供应补充剂。
- 口服液补充剂可以使片剂也可以是胶囊(26)。片剂（可溶片、泡腾片、口含片和缓释片）为包含一种或多种活性成分的固体制剂，通过单次或多次压缩（或模制）成型，可包裹糖衣也可不包。胶囊是带有硬胶囊或软胶囊的固体制剂，不同形状和大小均可，内含一种或多种活性成分。胶囊需口服，其内容物可缓释。

传播、调整和实施 传播

本指南将通过世卫组织微量营养素处和联合国营养问题常设委员会（SCN）函件用户组或者世卫组织营养问题网站（[WHO nutrition web site](http://www.who.int/nutrition/web_site)）以电子媒体形式传播，如幻灯片、CD-ROMs和万维网。营养促进健康和发展司还制作了世卫组织营养行动证据电子图书馆（eLENA）。该图书馆旨在汇编和展示与营养有关的世卫组织指南及相关补充性文件，如为指南提供信息的系统审查和其它证据、生物学和行为依据、会员国和全球伙伴提供的其它资源。另外，将通过广泛国际伙

伴网络传播指南，包括世卫组织国家和区域办事处、各国卫生部、世卫组织合作中心、大学、其它联合国机构和非政府组织。该指南还将纳入世卫组织生殖健康图书馆（[WHO Reproductive Health Library](#)）。

调整和实施

鉴于本指南为全球性指南，各会员国需根据本国国情对其进行相应调整。间断补充铁和叶酸的规划在实施前就应在考虑可获得哪些资源、现有政策规定、适当的给药平台和供应商、宣传教育渠道和潜在利益攸关方等因素基础上确定明晰的目标。应先对补充规划进行试点，获得经验和证据后再根据资源情况进行推广。理想情况下，间断补充铁和叶酸的规划应是本国控制营养缺乏综合战略的一部分，并纳入青少年和生殖健康国家规划。

为确保有关微量营养素干预的世卫组织全球指南和其它知证建议在低收入和中等收入国家得到更好的实施，营养促进健康和发展司同世卫组织知证政策网络（[EVIPNet](#)）规划进行合作。知证政策网络促进各国决策者、研究人员和民间社会之间建立伙伴关系，通过利用可获得的最佳证据促进政策制定和实施。

监督和评估指南的实施

鼓励为监督和评估指南各阶段实施情况制定计划并确定适当指标。对本指南影响的评估既可在各国内部（即监督和评估国家或地区规模实施规划的情况）也可在国际间（即全球各国采纳和调整指南的情况）进行。世卫组织营养促进健康和发展司微量营养素处和美国疾控中心间国家微量营养素营养不良预防和控制规划一道，参考国际伙伴意见，已经制定了公共卫生微量营养素干预措施通用逻辑模型，运用微量营养素规划评估理论描述投入和预期实现的千年发展目标之间的合理关系。会员国可调整该模型，并将模型与适当指标结合运用，从而对扩大营养行动进行设计、实施、监督和评估(27)。

为在全球层面进行评估，世卫组织营养促进健康和发展司正在开发一个平台，用于集中分享世界各地采取的公共卫生营养行动信息。通过分享规划细节、各国具体调整情况及经验教训，该平台将提供指南转化为营养行动的具体案例。最近出版了两个世卫组织区域实施规划的案例(16,28)。

对未来研究的影响

- 与会者和利益攸关方在讨论中指出，有些领域的证据依然有限，需要对育龄妇女间断补充铁和叶酸进行更多研究，特别是在以下领域：
- 该干预措施对工作和生产率以及怀孕结果的好处；
- 对于改进叶酸营养状况和预防神经管畸形的最有效、最安全的每周补充剂量；
- 其它维生素和矿物质对血红蛋白浓度、营养和其它健康结果的效果，以及间断补充多种微量营养素的最佳配方；
- 肠细胞吸收和调节间断补充的铁剂的机制；

- 与标准铁和叶酸片相比，使用缓释配方的效果、费用和副作用情况；
- 考虑到性价比和长期可持续性，各补充阶段之间的最佳间隔期是多长。

指南制定过程

本指南是根据《世卫组织准则制定手册》（[WHO handbook for guideline development](#)）所确定的制定知证准则的程序制定出来的(29)。

咨询小组

2009年，营养促进健康和发展司和研究政策与合作司牵头成立了世卫组织营养指南制定指导委员会。委员会成员包括所有世卫组织内部业务涉及提供科学营养建议的部门，包括儿童和青少年健康和发展、生殖健康和研究，以及全球疟疾规划。指导委员会为本指南的制定提供指导，并从总体上对指南制定过程进行监督（附件2）。另外还成立了两个小组：专家咨询小组和外部专家和利益攸关方咨询团。

营养指导专家咨询小组也成立于2009年（附件3）。该小组由四个分组构成：1、微量营养素；2、饮食和健康；3、终生营养和营养不足；4、监督和评估。小组的职能是就如何为决策选定重要指标及如何理解相关证据向世卫组织提出建议。小组成员包括来自世卫组织各专家咨询团（[WHO expert advisory panels](#)）的专家和公开征集的专家，其组成考虑了性别平衡、多种学科领域和各世卫组织区域的代表性。小组还努力包括内容专家、方法学家、潜在利益攸关方（如参与卫生保健过程的管理人员和其他卫生专业人员）代表和消费者。商业组织的代表不得成为世卫组织指南制定小组的成员。

就指南的范围、要解决的问题、为决策选择哪些重要结果以及指南草稿全文的审查征求了外部专家和利益攸关方咨询团的意见（附件4）。征求意见通过世卫组织微量营养素处和联合国营养问题常设委员会函件用户组（共有5500余家订阅用户）和[世卫组织营养网站](#)进行。

指南的范围、证据评估和决策

指南最初要回答的问题（及各问题的组成部分）也是形成建议的关键出发点。相关问题由营养促进健康和发展司微量营养素处的技术职员根据会员国及其伙伴的政策和规划指导需求起草。使用了人口、干预、控制、结果问题模板（附件5）。世卫组织营养指南制定指导委员会讨论并审查了这些问题，收到了来自48家利益攸关方的反馈意见。

2010年2月22日至26日，首次营养指导专家咨询小组会议在瑞士日内瓦召开，确定问题的范围并对关键结果和目标人群进行排序。营养指导专家咨询小组微量营养素分组讨论了问题的相关性并酌情对其进行了修改。指导小组成员将每项结果的相对重要性按1–9打分排列（7–9分表明该结果对决策至关重要，4–6分表明该结果重要，1–3分表明该结果不重要）。关于为育龄妇女补充铁和叶酸提出的关键问题及小组认为对决策至关重要和重要的结果均列入附件5的人口、干预、控制和结果表格。

世卫组织职员与其它机构研究人员合作，使用Cochrane随机对照试验方法³对证据进行了总结和评估。为寻找尚未出版论文的研究项目或仍在进行的试验，按照标准程序联系了10余家在微量营养素干预领域进行工作的国际组织。为此还系统检索了世卫组织国际临床试验注册平台（ICTRP），寻找仍在进行的试验。检索时未适用语言限制。根据“推荐分级的评估、制定与评价”方法（GRADE）整理了证据摘要，评估了证据的总体质量(30)。GRADE方法考察研究设计、研究实施和分析的局限性、不同研究所获得结果的一致性、相关证据对于目标人群、干预措施和可能应用拟议之干预措施的环境的直接性（或适用性和外在真实性）、摘要效果评估的精确性。

起草本指南时使用了各项关键结果的系统审查和GRADE证据摘要。世卫组织营养指南指导委员会讨论了建议草案，营养指导专家咨询小组在其第2次（2010年11月15日至18日，约旦安曼）和第3次（2011年3月14日至16日，瑞士日内瓦）磋商会上也进行了讨论。在第3次磋商会上，营养指导专家咨询小组成员就推荐强度进行了投票，考虑因素包括：1、本项干预措施的预期效果和不良影响；2、可获得证据的质量；3、与不同环境干预措施有关的优势和偏好；4、不同环境下卫生保健工作者可以获得的选择的费用（附件6）。指导小组成员投票的简单多数即形成小组一致意见。与会世卫组织职员和参与证据收集和分级的其他外部技术专家未被允许参与投票。指导小组成员间并无强烈不同意见。

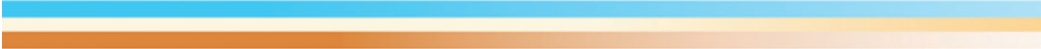
然后发布了指南最后草案的公开征求意见稿。所有感兴趣的利益攸关方均成为外部专家和利益攸关方咨询团成员，但只有在提交签字的《利益申报表》之后方可就指南草案发表意见。收到了来自15家利益攸关方的反馈意见。世卫组织职员随后对指南定稿并将其提交世卫组织进行出版前的最后程序。

管理利害冲突

根据世卫组织基本文件确定的规则(31)，所有参加世卫组织会议的专家均须在参与前申报其任何与会议有关的利益。在确定小组组成和邀请人员参与指导小组会议前，所有指导小组成员的利害冲突声明均经有关技术官员和相关部门审查。所有指导小组成员和指南制定会议的参与者均在每次会前提交了《利益申报表》和本人简历。另外，他们还在每次会开始时口头申报了潜在利害冲突。管理利害冲突的程序严格按照世卫组织《利益申报准则（世卫组织专家）》进行(32)。指导小组成员申报的潜在利害冲突总结如下：

- Héctor Bourges Rodriguez博士申报，其为墨西哥达能研究所执委会主席并接受该所提供的主席酬金，该非盈利组织旨在促进科学营养知识的研究和传播。墨西哥达能研究所的一些活动可能与营养问题存在一般联系，并得到食品生产商达能墨西哥的资助。
- Norm Campbell博士在第1次会上申报持有Viterra公司股票，Viterra是农民之间的小麦池，既不生产与本指南有关的产品也没有与本指南有关的活

³作为Cochrane出版前编辑过程的一部分，该审查经三位外部人士（一位编辑、两位编辑团队以外的审阅人）进行同行评议，并经小组统计学顾问审阅（<http://www.cochrane.org/cochrane-reviews>）。Cochrane干预措施系统审查手册详细描述了准备和进行针对卫生保健干预措施效果的Cochrane系统审查的程序。



动。2011年，Campbell博士宣布不再持有该公司股票。他是泛美卫生组织顾问，也是加拿大卫生部和“加拿大血压”的顾问，后两者均为政府机构。

- **Emorn Wasantwisut**博士申报，她是国际生命科学学会/卫生和疾病部门中的东南亚食品和营养素的技术和科学顾问、美赞臣公司技术文件审阅人和发言人。在使用稳定同位素研究维生素A和铁之间的互动时，她的研究小组接受过视力和生命组织及国际原子能机构的研究资助。
- **Beverley Biggs**博士申报，墨尔本大学接受过澳大利亚国家卫生与医学研究委员会和澳大利亚研究理事会的资助，研究妊娠期每周补充铁和叶酸的课题。该项研究是与社区发展研究和培训中心、妇女健康中心和默多克儿童研究所合作进行的。

指南更新计划

2015年将审查本指南。如届时能够获得新的信息，将召集指南审查小组评估新证据并酌情修改建议。日内瓦世卫组织总部的营养促进健康和发展司及其内部伙伴将负责按照《世卫组织准则制定手册》（[WHO handbook for guideline development](#)）规定的正式程序协调指南更新工作(29)。世卫组织欢迎届时就指南提出新的问题和建议。

参考文献

1. WHO/CDC. *Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005. WHO Global database on anaemia*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596657_eng.pdf, accessed 7 June 2011).
2. WHO/UNICEF/UNU. *Iron deficiency anaemia assessment, prevention, and control: a guide for programme managers*. Geneva, World Health Organization, 2001 (http://www.who.int/nutrition/publications/en/ida_assessment_prevention_control.pdf, accessed 7 June 2011).
3. *Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity*. Vitamin and Mineral Nutrition Information System. Geneva, World Health Organization, 2011 (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1; <http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin.pdf>, accessed March 2011).
4. WHO/CDC. *Assessing the iron status of populations. In: Report of a joint World Health Organization/Centers for Disease Control and Prevention technical consultation on the assessment of iron status at the population level*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization and Centers for Disease Control and Prevention, 2007:1–30.
5. Beard JL. Iron biology in immune function, muscle metabolism and neuronal functioning. *Journal of Nutrition*, 2001, 131(805):568S–579S.
6. Viteri FE, Berger J. Importance of pre-pregnancy and pregnancy iron status: can long-term weekly preventive iron and folic acid supplementation achieve desirable and safe status? *Nutrition Reviews*, 2005, 63(12):S65–S76.
7. Gillespie SR, Kevany J, Mason JB. *Controlling iron deficiency*. Administrative Committee on Coordination/ Subcommittee on Nutrition State-of-the-Art Series. Geneva, UN Standing Committee on Nutrition, 1991 (Nutrition Policy Discussion Paper No. 9; http://www.unscn.org/layout/modules/resources/files/Policy_paper_No_9.pdf, accessed 5 August 2011).
8. Angeles-Agdeppa I et al. Weekly micronutrient supplementation to build iron stores in female Indonesian adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1997, 66:177–183.
9. Beaton GH, McCabe GP. *Efficacy of intermittent iron supplementation in the control of iron deficiency anemia in developing countries: an analysis of experience*. Toronto, Canada: GHB Consulting, 1999.
10. Wright AJ, Southon S. The effectiveness of various iron supplementation regimens in improving the Fe status of anemic rats. *British Journal of Nutrition*, 1990, 63:579–585.
11. Viteri FE et al. True absorption and retention of supplemental iron is more efficient when iron is administered every three days rather than daily to iron-normal and iron-deficient rats. *Journal of Nutrition*, 1995, 125:82–91.
12. Casey GJ et al. Long-term weekly iron-folic acid and de-worming is associated with stabilised haemoglobin and increasing iron stores in non-pregnant women in Vietnam. *PLoS One*, 2010, 5(12):e15691.
13. Vir SC et al. Weekly iron and folic acid supplementation with counseling reduces anemia in adolescent girls: a large-scale effectiveness study in Uttar Pradesh, India. *Food and Nutrition Bulletin*, 2008, 29(3):186–194.
14. De-Regil LM et al. Effects and safety of periconceptional folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, (10):CD007950 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007950.pub2/abstract>, accessed 15 June 2011).
15. Fernández-Gaxiola AC, De-Regil LM. Intermittent iron supplementation for reducing anaemia and its associated impairments in menstruating women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, (12):CD009218 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009218.pub2/full>, accessed 10 December 2011).
16. *Weekly iron and folic acid supplementation programmes for women of reproductive age: an analysis of best programme practices*. Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2011 (http://www.wpro.who.int/publications/PUB_9789290615231.htm, accessed 10 December 2011).
17. *Weekly iron–folic acid supplementation (WIFS) in women of reproductive age: its role in promoting optimal maternal and child health*. Position statement. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/weekly_iron_folicacid/en/index.html, accessed 8 March 2011).
18. Stoltzfus R, Dreyfuss M. *Guidelines for the use of iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia*. Washington DC, ILSI Press, 1998.
19. Nguyen P et al. Weekly may be as efficacious as daily folic acid supplementation in improving folate status and lowering serum homocysteine concentrations in Guatemalan women. *Journal of Nutrition*, 2008, 138(8):1491–1498.
20. *Global malaria report 2010. Global Malaria Programme*. Geneva, World Health Organization, 2010. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564106_eng.pdf, accessed 7 June 2011).

21. *Adolescent friendly health services: an agenda for change*. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/fch_cah_02_14/en/index.html, accessed 10 June 2010).
22. UNICEF et al. *Packages of interventions: family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/fch_10_06/en/index.html, accessed 10 June 2010).
23. *Guideline: Intermittent iron and folic acid supplementation in non-anaemic pregnant women*. Geneva, World Health Organization, 2011.
24. *Guideline: Daily iron and folic acid supplementation in pregnant women*. Geneva, World Health Organization, 2011.
25. *Quality assurance of pharmaceuticals: Meeting a major public health challenge*. The WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/medicines/publications/brochure_pharma.pdf, accessed 10 June 2010).
26. *The international pharmacopoeia*, 4th ed, volume 1. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://apps.who.int/phint/en/p/about/>, accessed 10 June 2010).
27. WHO/CDC. *Logic model for micronutrient interventions in public health*. Vitamin and Mineral Nutrition Information System. Geneva, World Health Organization, 2011 (WHO/NMH/NHD/MNM/11.5; http://www.who.int/vmnis/toolkit/WHO-CDC_Logic_Model_en.pdf, accessed 10 June 2011).
28. *Prevention of iron deficiency and anaemia. Role of weekly iron and folic acid supplementation*. India, World Health Organization Regional Office for South-East Asia, 2011 (http://203.90.70.117/PDS_DOCS/B4770.pdf, accessed 12 December 2011).
29. *WHO handbook for guideline development*. Guidelines Review Committee. Draft March 2010. Geneva, World Health Organization, 2010.
30. Guyatt G et al. GRADE guidelines 1. Introduction – GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64:383–394.
31. *Basic documents*, 47th ed. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://apps.who.int/gb/bd/>, accessed 19 May 2011).
32. *Guidelines for declaration of interests (WHO experts)*. Geneva, World Health Organization, 2010.

附件1. “推荐分级的评估、制定与评价”（GRADE）研究结果摘要表

育龄妇女间断补充铁剂或铁与其它微量营养素一道补充和使用安慰剂或不进行补充对照

患者或目标人群：育龄妇女

环境：所有环境，包括疟疾流行区

干预措施：仅间断补充铁剂或与其它微量营养素一道补充

对照组：使用安慰剂或无干预措施

结果	相对效果 (95% CI)	参与者人数 (研究数)	证据质量 (GRADE)*	备注
（试验人员定义的）贫血	RR 0.73 (0.56–0.95)	2996 (10 项研究)	⊕⊕⊕⊕ low ^{1,2}	
缺铁性贫血（贫血和一项铁缺乏症指标）	RR 0.07 (0–1.16)	97 (1项研究)	⊕⊕⊕⊕ very low ^{1,3,4}	仅一项研究报告了此项结果
（试验人员定义的）铁缺乏症	RR 0.5 (0.24–1.04)	624 (3项研究)	⊕⊕⊕⊕ 低 ^{1,3}	
全死因死亡率	RR 1.12 (0.82–1.52)	119 (1项研究)	⊕⊕⊕⊕ 极低 ^{1,4}	仅一项研究报告了此项结果
血红蛋白 (g/l)	MD 4.58 (2.56–6.59)	2599 (13项研究)	⊕⊕⊕⊕ 低 ^{1,2}	
铁蛋白 (μg/l)	MD 8.32 (4.97–11.66)	980 (6项研究)	⊕⊕⊕⊕ 低 ^{1,3}	

CI：置信区间；RR：风险率；MD：平均差。

*GRADE处证据质量评级：

高质量：我们确信真实效果与疗效评估结果非常接近。

中等质量：我们对疗效评估结果的信心水平中等。真实效果可能接近于疗效评估结果，但进一步研究可能对疗效评估结果的可信度有重要影响的。

低质量：我们对疗效评估结果的信心有限。真实效果或许与疗效评估结果有重大不同。

极低质量：我们对疗效评估结果没有什么信心。真实效果很可能与疗效评估结果有重大不同。

¹ 在几项研究中，隐蔽分组方法不清晰，没有使用盲法。

² 统计异质性高，疗效方向存在不一致。

³ 宽置信区间。

⁴ 仅一项研究报告了此项结果。

注：对群组随机试验而言，分析仅包括估算的有效样本量，并对数据进行调整以排除群效应的影响。

被审查研究项目的细节见参考文献(15)。

育龄妇女间断补充铁剂或铁与其它微量营养素一道补充和每日补充对照

患者或目标人群：育龄妇女

环境：所有环境，包括疟疾流行区

干预措施：仅间断补充铁剂或其它微量营养素一道补充

对照组：每日补充铁剂或其它微量营养素一道补充

结果	相对效果 (95% CI)	参与者人数 (研究数)	证据质量 (GRADE)*	备注
(试验人员定义的) 贫血	RR 1.26 (1.04–1.51)	1492 (6项研究)	⊕⊕⊕⊖ moderate ¹	
缺铁性贫血 (贫血和一项铁缺乏症指标)	不可评估	0 (0项研究)	见备注	试验无一报告此项结果
(试验人员定义的) 铁缺乏症	RR 4.30 (0.56–33.20)	198 (1项研究)	⊕⊖⊖⊖ 极低 ²	
全死因死亡率	不可评估	0 (0项研究)	见备注	试验无一报告此项结果
血红蛋白 (g/l)	MD -0.15 (-2.20 to 1.91)	1676 (8项研究)	⊕⊕⊖⊖ 低 ^{1,3}	
铁蛋白(μg/l)	MD -11.32 (-22.61 to -0.02)	657 (3项研究)	⊕⊕⊖⊖ 低 ^{1,3}	

CI：置信区间；RR：风险率；MD：平均差。

*GRADE处证据质量评级：

高质量：我们确信真实效果与疗效评估结果非常接近。

中等质量：我们对疗效评估结果的信心水平中等。真实效果可能接近于疗效评估结果，但进一步研究可能对疗效评估结果的可信度有重要影响的。

低质量：我们对疗效评估结果的信心有限。真实效果或许与疗效评估结果有重大不同。

极低质量：我们对疗效评估结果没有什么信心。真实效果很可能与疗效评估结果有重大不同。

¹ 在几项研究中，隐蔽分组方法不清晰，没有使用盲法。

² 仅有一项跟进损失率约为25%的研究报告了此项结果；宽置信区间。

³ 统计学异质性高，疗效方向存在不一致。

注：对群组随机试验而言，分析仅包括估算的有效样本量，并对数据进行调整以排除群效应的影响。

被审查研究项目的细节见参考文献(15)。

附件2. 世卫组织营养指南制定指导委员会

Dr Ala Alwan

非传染性疾病和精神卫生部门
慢性病和健康促进司
代理司长

Dr Francesco Branca

非传染性疾病和精神卫生部门
营养促进健康和发展司
司长

Dr Ruediger Krech

信息、证据和研究部门
伦理、公正、贸易和人权司
司长

Dr Knut Lonnroth

艾滋病毒/艾滋病、结核和被忽视的热带病部门
控制结核战略
医学官员

Dr Daniel Eduardo Lopez Acuna

危机中的卫生行动部门
战略、政策和资源管理司
司长

Dr Elizabeth Mason

家庭和社区卫生部门
儿童和青少年卫生和发展司
司长

Dr Michael Mbizvo

家庭和社区卫生部门
生殖健康和研究司
司长

Dr Jean-Marie Okwo-Bele

家庭和社区卫生部门
免疫、疫苗和生物制品司
司长

Dr Gottfried Otto Hirschall

艾滋病毒/艾滋病、结核和被忽视的热带病部门
艾滋病毒/艾滋病司
司长

Dr Tikki Pangestu

信息、证据和研究部门
研究政策和合作司
司长

Dr Isabelle Romieu

法国里昂 国际癌症研究机构
营养和新陈代谢室饮食暴露评估组
主任

Dr Sergio Spinaci

艾滋病毒/艾滋病、结核和被忽视的热带病部门
全球疟疾规划
副主任

Dr Willem Van Lerberghe

卫生系统和服务
卫生政策、发展和服务司
司长

Dr Maged Younes

卫生安全和环境
食品安全、人畜共患病和食源性疾
病司
司长

Dr Nevio Zagaria

危机中的卫生行动部门
应急行动司
代理司长

附件3. 营养指导专家咨询小组 – 微量营养素问题专家、世卫组织秘书处和外部专家

A. 营养指导专家咨询小组 – 微量营养素问题专家

(注：斜体字是每位指南小组成员的专业领域)

Ms Deena Alasfoor

阿曼卫生部
阿曼马斯喀特
卫生规划管理、食品立法、初级卫生保健监测

Dr Beverley-Ann Biggs

墨尔本大学医学系国际和移民卫生组
澳大利亚帕克维尔
微量营养素补充、临床传染病

Dr Héctor Bourges Rodríguez

墨西哥国家医学和Salvador Zubiran营养研究所
墨西哥墨西哥城
营养生物化学和新陈代谢研究、食品规划、政策和法规

Dr Norm Campbell

卡尔加里大学医学系社区卫生医学、生理学和药理学
加拿大卡尔加里
生理学和药理学、高血压预防和控制

Dr Rafael Flores-Ayala

美国疾病预防控制中心
美国亚特兰大
营养和人力资本形成、营养和发育、微量营养素干预措施的影响

Professor Malik Goonewardene

卢胡纳大学妇产科系
斯里兰卡加里
产科学和妇科学、临床实践

霍军生博士

中国疾病预防控制中心营养与食品安全所
中国北京
食品营养强化、食品科学和技术、标准和立法

Dr Janet C. King

儿童医院奥克兰研究所
美国奥克兰
微量营养素、孕产妇和儿童营养、饮食需求

Dr Marzia Lazzerini

Burlo Garofolo妇儿医疗中心儿科和卫生服务和国际卫生研究组
意大利的里雅斯特
儿科学、营养不良、传染病

Professor Malcolm E. Molyneux

马拉维大学医学院
马拉维布兰太尔
疟疾、国际热带病研究和实践

Engineer Wisam Qarqash

约翰霍普金斯大学彭博公共卫生学院
约旦卫生沟通伙伴关系项目
约旦安曼
卫生沟通和规划的设计、实施和评估

Dr Daniel Raiten

美国国家卫生研究院预防研究和国际项目办公室
美国贝塞斯达
疟疾、妇女和儿童健康、人类发展研究

Dr Mahdi Ramsan Mohamed

三角国际研究所
坦桑尼亚达累斯萨拉姆
疟疾预防和控制、被忽视的热带病

Dr Meera Shekar

世界银行人类发展网络卫生、营养和
人口部
美国华盛顿特区
公共卫生营养干预的成本估算、规划
实施

Dr Rebecca Joyce Stoltzfus

康奈尔大学营养科学部
美国伊萨卡
国际营养和公共卫生、铁和维生素A营
养、规划研究

Ms Carol Tom

东部、中部和南部非洲卫生共同体
坦桑尼亚阿鲁沙
食品营养强化技术规章和标准、政策
协调

Dr David Tovey

Cochrane编辑组Cochrane图书馆
英国伦敦
系统审查、卫生沟通、基本卫生保健
证据

Mrs Vilma Qahoush Tyler

联合国儿童基金会中部和东部欧洲及
独联体区域办事处
瑞士日内瓦
食品营养强化、公共卫生规划

Dr Gunn Elisabeth Vist

挪威卫生服务知识中心预防和国际卫
生司
挪威奥斯陆
系统审查方法和利用GRADE方法进行证
据评估

Dr Emorn Wasantwisut

玛希隆大学
泰国佛统府
国际营养、微量营养素生物化学和新
陈代谢

B. 世卫组织

Mr Joseph Ashong

营养促进健康和发展司
微量营养素处
实习生（报告员）

Dr Maria del Carmen Casanovas

营养促进健康和发展司
终生营养处
技术官员

Dr Bernadette Daelmans

儿童和青少年健康和发展司
新生儿和儿童健康和发展处
医学官员

Dr Luz Maria De-Regil

营养促进健康和发展司
微量营养素处
流行病学家

Dr Chris Duncombe

艾滋病病毒/艾滋病司
抗逆转录病毒治疗和艾滋病病毒护理处
医学官员

Dr Olivier Fontaine

儿童和青少年健康和发展司
新生儿和儿童健康和发展处
医学官员

Dr Davina Gherzi

研究政策和合作司
国际临床试验注册平台
团队负责人

Dr Ahmet Metin Gulmezoglu

生殖健康和研究司
与各国进行性和生殖健康技术合作处
医学官员

Dr Regina Kulier

研究政策和合作司
准则审查委员会秘书处
科学家

Dr José Martinez

儿童和青少年健康和发展司
新生儿和儿童健康和发展处
协调员

Dr Matthews Mathai

孕期安全司
医学官员

Dr Mario Merialdi

生殖健康和研究司
改善孕产和围产期健康处
协调员

Dr Sant-Rayn Pasricha

营养促进健康和发展司
微量营养素处
实习生（报告员）

Dr Juan Pablo Peña-Rosas

营养促进健康和发展司
微量营养素处
协调员

Dr Aafje Rietveld

全球疟疾规划
医学官员

Dr Lisa Rogers

营养促进健康和发展司
微量营养素处
技术官员

Mr Anand Sivasankara Kurup

伦理、公正、贸易和人权信息司
健康的社会决定因素处
技术官员

Dr Joao Paulo Souza

生殖健康和研究司
与各国进行性和生殖健康技术合作处
医学官员

Dr Severin Von XYlander

孕期安全司
医学官员

Dr Godfrey Xuereb

慢性病和健康促进司
监测和以人口为基础的预防处
技术官员

C. 世卫组织区域办事处

Dr Abel Dushimimana

世卫组织非洲区域办事处
负责营养问题的医学官员
刚果布拉柴维尔

Dr Chessa Lutter

世卫组织美洲区域办事处/泛美卫生组织
儿童和青少年健康问题区域顾问
美国华盛顿特区

Dr Kunal Bagchi

世卫组织东南亚区域办事处
营养和食品安全问题区域顾问
印度新德里

Dr Joao Breda

世卫组织欧洲区域办事处
非传染性疾病和环境问题
丹麦哥本哈根

Dr Ayoub Al-Jawaldeh

世卫组织东地中海区域办事处
营养问题区域顾问
埃及开罗

Dr Tommaso Cavalli-Sforza

世卫组织西太平洋区域办事处
营养问题区域顾问
菲律宾马尼拉

D. 外部专家

Dr Andreas Bluethner

巴斯夫公司
德国林堡格赫夫

Dr Denise Coitinho Delmuè

联合国系统营养问题常设委员会
瑞士日内瓦

Professor Richard Hurrell

瑞士联邦理工学院人类营养实验室
瑞士苏黎世

马冠生博士

中国疾病预防控制中心营养和食品安全研究所
中国北京

Dr Regina Moench-Pfanner

全球营养改善联盟（GAIN）
瑞士日内瓦

Ms Sorrel Namaste

美国国家卫生研究院预防研究和国际
项目办公室
美国贝塞斯达

Dr Lynnette Neufeld

微量营养素倡议
加拿大渥太华

Dr Juliana Ojukwu

尼日利亚埃邦伊州大学儿科学系
尼日利亚阿巴卡利基

Dr Mical Paul

拉宾医疗中心传染病科
贝林森医院
特拉维夫大学Sackler医学院
以色列佩塔提克瓦

Dr Stanley Zlotkin

儿童医院肠胃、肝脏和营养科
加拿大多伦多

Mr Arnold Timmer

联合国儿童基金会
美国纽约

附件4. 外部专家和利益攸关方咨询团 – 微量营养素

Dr Ahmadwali Aminee

微量营养素倡议
阿富汗喀布尔

Ms E.N. (Nienke) Blok

荷兰卫生、福利和体育部
荷兰海牙

Dr Mohamd Ayoya

联合国儿童基金会
海地太子港

Ms Lucie Bohac

碘网络
加拿大渥太华

Dr Salmeh Bahmanpour

设拉子医科大学
伊朗设拉子

Dr Erick Boy-Gallego

HarvestPlus项目
加拿大渥太华

Mr Eduard Baladia

西班牙营养师和营养学家联合会
西班牙巴塞罗那

Dr Mario Bracco

爱因斯坦犹太人社会责任研究所
巴西圣保罗

Dr Levan Baramidze

格鲁吉亚劳动、卫生和社会事务部
格鲁吉亚第比利斯

Dr Gerard N. Burrow

国际控制碘缺乏症理事会
加拿大渥太华

Mr Julio Pedro Basulto Marset

西班牙营养师和营养学家联合会
西班牙巴塞罗那

Dr Christine Clewes

全球营养改善联盟
瑞士日内瓦

Dr Christine Stabell Benn

丹麦国立血清研究所Bandim健康项目
丹麦哥本哈根

Dr Bruce Cogill

全球营养改善联盟
瑞士日内瓦

Dr Jacques Berger

法国发展研究所
法国蒙彼利埃

Mr Hector Cori

帝斯曼
智利圣地亚哥

Dr R.J. Berry

美国疾病预防控制中心
美国亚特兰大

Dr Maria Claret Costa Monteiro Hadler

戈亚斯联邦大学
巴西戈亚尼亚

Ms Nita Dalmiya
联合国儿童基金会
美国纽约

Professor Ian Darnton-Hill
悉尼大学
澳大利亚悉尼

Professor Kathryn Dewey
加州大学
美国戴维斯

Professor Michael Dibley
悉尼大学悉尼公共卫生学院
澳大利亚悉尼

Dr Marjoleine Dijkhuizen
哥本哈根大学
丹麦哥本哈根

Ms Tatyana El-Kour
世界卫生组织
约旦安曼

Dr Suzanne Filteau
伦敦卫生和热带医药学院
英国伦敦

Dr Rodolfo F. Florentino
菲律宾营养基金会
菲律宾马尼拉

Dr Ann Fowler
帝斯曼营养产品部
瑞士莱茵费尔登

Mr Joby George
救助儿童会
马拉维利隆圭

Dr Abdollah Ghavami
伦敦城市大学人类科学学院
英国伦敦

Dr Rosalind Gibson
奥塔哥大学人类营养系
新西兰但尼丁

Mr Nils Grede
世界粮食计划署
意大利罗马

Ms Fofoa R. Gulugulu
图瓦卢卫生部公共卫生处
图瓦卢富纳富提

Dr Andrew Hall
威斯敏斯特大学
英国伦敦

Mr Richard L. Hanneman
美国盐业协会
美国亚历山德里亚

Ms Kimberly Harding
微量营养素倡议
加拿大渥太华

Dr Suzanne S. Harris
国际生命科学学会
美国华盛顿特区

Dr Phil Harvey
菲利普哈维咨询公司
美国罗克韦尔

Dr Izzeldin S. Hussein
国际控制碘缺乏症理事会
阿曼马斯喀特

Dr Susan Jack

奥塔哥大学
新西兰但尼丁

Mr Quentin Johnson

Quican公司食品营养强化部
加拿大罗克伍德

Mr Vinod Kapoor

营养强化问题独立咨询师
印度潘切库拉

Dr Klaus Kraemer

视觉与生命组织
瑞士巴塞尔

Dr Roland Kupka

联合国儿童基金会西部和中部非洲区
域办事处
塞内加尔达喀尔

Ms Ada Lauren

维生素天使联盟
美国圣巴巴拉

Dr Daniel Lopez de Romaña

智利大学营养与食品技术研究室
智利圣地亚哥

Mrs Maria Manera

西班牙营养师和营养学家联合会
西班牙赫罗纳

Dr Homero Martinez

兰德公司
美国圣莫尼卡

Dr Zouhir Massen

特莱姆森大学医学系
阿尔及利亚特莱姆森

Dr Abdelmonim Medani

苏丹原子能
苏丹喀土穆

Dr María Teresa Murguía Peniche

国家儿童和青少年健康中心
墨西哥墨西哥城

Dr Sirimavo Nair

巴洛达大学
印度巴罗达

Dr Ruth Oniango

《非洲食品、农业、营养和发展
季刊》
肯尼亚内罗毕

Dr Saskia Osendarp

联合利华研发部儿童营养组科学负
责人
荷兰弗拉尔丁恩

Dr Jee Hyun Rah

帝斯曼-世界粮食计划署伙伴关系
帝斯曼-视觉和生命组织
瑞士巴塞尔

Mr Sherali Rahmatulloev

卫生部
塔吉克斯坦杜尚别

Ms Anna Roesler

曼兹斯卫生研究院/指南针妇女儿童健
康知识中心
泰国清迈

Professor Irwin Rosenberg

塔夫茨大学
美国波士顿

Professor Amal Mamoud Saeid Taha

喀土穆大学医学系
苏丹喀土穆

Dr Ulla Uusitalo

南佛罗里达大学
美国坦帕

Dr Isabella Sagoe-Moses

加纳卫生服务
加纳阿克拉

Dr Hans Verhagen

国家公共卫生及环境研究所营养和健康中心
荷兰比尔特霍芬

Dr Dia Sanou

圣文森山大学应用人类营养学系
加拿大哈利法克斯

Dr Hans Verhoef

瓦赫宁根大学
荷兰瓦赫宁根

Dr Rameshwar Sarma

圣詹姆斯医学院
荷属安地列斯博内尔

Dr Sheila Vir Chander

公共卫生营养发展中心
印度新德里

Dr Andrew Seal

伦敦大学学院国际卫生和发展中心
英国伦敦

Dr Annie Wesley

微量营养素倡议
加拿大渥太华

Dr Magdy Shehata

世界粮食计划署
埃及开罗

Dr Frank Wieringa

法国发展研究所
法国蒙彼利埃

Mr Georg Steiger

帝斯曼营养产品部
帝斯曼生命科学产品国际
瑞士巴塞尔

Ms Caroline Wilkinson

联合国难民署
瑞士日内瓦

Professor Barbara Stoecker

俄克拉荷马州立大学
美国俄克拉荷马市

Dr Pascale Yunis

贝鲁特美国大学医学中心
黎巴嫩贝鲁特

Dr Ismael Teta

微量营养素倡议
加拿大渥太华

曾令霞博士

西安交通大学医学院
中国西安

附件5. 目标人群、干预措施、对照、结果问题表

育龄妇女补充铁和叶酸的效果和安全性

- a. 是否应为育龄妇女补充铁和叶酸以改进健康结果？
- b. 如是，什么环境下应予补充铁和叶酸，补充的剂量、频率和持续时间如何？

目标人群	• 亚群： - 分类 • 按疟疾情况（无传播或已经消除、对疟疾流行的易感性、带有明显季节波动的全年传播、考虑恶性疟原虫和/或间日疟的全年传播） • 按研究项目并行抗疟措施的使用情况：使用、不使用 • 按卫生系统实施抗疟措施的情况：实施、不实施 • 按妇女贫血情况：贫血、不贫血 • 按妇女缺铁情况：缺铁、不缺铁
干预措施	• 补充铁和叶酸 - 亚组分析： - 分类 • 按铁含量：30毫克、60毫克、其它 • 按叶酸含量：400 微克、其它 • 按频率：每天一次、每周一次、每周两次、其它 • 按持续时间：三个月或不到三个月、三个月以上 • 按营养素：铁加叶酸、仅有铁、铁加其它营养素
对照	• 不补铁 • 安慰剂 • 不含铁和叶酸的同样补充剂
结果	关键指标 • 贫血 • 发病率 – 疟疾发病率和严重程度（出现或未出现症状的寄生虫血症） • 缺铁 • 缺铁性贫血
环境	• 所有国家

附件6. 营养指导专家咨询小组成员确定推荐强度时考虑的因素摘要

证据质量	来自随机对照试验的证据质量为低到中等，但考虑到各国经验证据质量充分
优势和偏好	- 作为预防措施，妇女倾向于选择每周而不是每天服用 - 规划实践表明，这是一项很好的公共卫生措施
权衡效益与危害	- 好处超过可能的危害 - 改善育龄妇女的铁营养状况有助于提高生活质量和生殖健康
费用和可行性	- 补充剂并不总是便宜的，有必要进行更多性价比和可行性分析。但是，各国规划中的间断补充铁和叶酸项目都是可行且具有成本效益的，也比每日补充更便宜 - 连续补充6个月后停用6个月有助于该干预措施获得成功

如需更多信息，请联系：

世界卫生组织营养促进健康和发展司

Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland

Fax: +41 22 791 4156

E-mail: nutrition@who.int

www.who.int/nutrition



世界卫生组织

ISBN 978 92 4 550202 9



9 789245 502029