

非傳染病直擊

二零一四年 五月



進食失調症面面觀

要點

- ※ 進食失調症是指多種與飲食的態度和行為嚴重失調有關的疾病，例如進食極少量或極大量的食物。
- ※ 進食失調症在世界各地皆有病例，通常於青少年期發病。如得不到適當的治療，進食失調症可引致一系列生理和心理方面的併發症，會對身體造成永久的損害，甚至死亡。
- ※ 在香港，青少年於飲食態度和行為上出現問題並非罕見。一項在二零零七年進行的研究指出，約每五名年齡介乎 12 至 18 歲的中學生當中，就有一名學生有進食失調的風險。

預防方法

家長和照顧者

- ※ 以身作則。對食物、飲食、運動和體重持正確態度，並實踐健康的行為模式。
- ※ 接納不同的身形。不要對兒童和青少年的體重、身形、外表或個別身體部分給予不恰當的評語。
- ※ 幫助兒童和青少年認識他們的自我價值。着重他們的天賦、優點和正面的內在素質，例如和善、誠實和體貼。
- ※ 了解兒童和青少年對體重和身體形像的看法。教導他們進食失調所帶來的不良影響。
- ※ 鼓勵兒童和青少年以批判性的角度，審視從傳媒或朋輩接收到關於理想外表和節食的信息。教導他們應對來自朋輩的負面壓力的技巧。
- ※ 幫助兒童和青少年以健康的方法抒發負面情緒。
- ※ 認識和了解進食失調症。注意兒童和青少年是否有與進食失調症相關的警兆和徵狀。
- ※ 如果懷疑兒童和青少年患上進食失調症，或有患此病的風險，應徵詢家庭醫生的意見，以便及早診治或作出轉介。

青少年和年青人

- ※ 注意自己的情緒和飲食行為。
- ※ 學習接納自己，並以健康的方法調節負面情緒。
- ※ 了解自己的理想體重，不要盲目附和「瘦即是美」的謬論，對不健康的瘦身文化或對身體形像不滿所帶來的負面影響保持警惕。

進食失調症面面觀

進食失調症是指多種與飲食的態度和行為嚴重失調有關的疾病，例如進食極少量或極大量的食物、盲從某些飲食模式或行為。如對體重或身形過度關注，或受其嚴重困擾，亦可能是患上進食失調症¹。《精神疾病診斷與統計手冊》(第五版)確認了多種進食失調症的主要診斷類別，包括厭食症、暴食症和狂食症²。

簡單來說，厭食症的特徵是患者對身體形象的認知出現扭曲，同時極度憂慮肥胖，因而出現過度節食，令體重劇降。厭食症的患者主要是明顯體重過輕卻自覺超重的少女和年輕女性。至於暴食症患者，他們經常出現瘋狂進食情況，然後作出一些不恰當的補償行為（例如扣喉嘔吐、濫用瀉藥或利尿劑），以避免體重增加。有別於厭食症患者，暴食症患者一般能保持正常的體重。狂食症患者則會重複出現不能自控地在短時間內進食大量食物。與暴食症患者不一樣的是，狂食症患者在瘋狂進食後不會作出補償行為，因此，狂食症患者多屬超重或肥胖^{1, 2}。值得注意的是，患者從一種進食失調症轉變為另一種進食失調症的情況並非罕見。例如，一些厭食症患者日後可能患上暴食症或狂食症，反之亦然³。

全球進食失調症的情況

西方國家的問題？

進食失調症在世界各地皆有病例。在二零零一年及二零零三年期間，分別在美國和六個歐洲國家（包括西班牙、意大利、德國、比利時、法國和荷蘭）進行的人口住戶調查發現，若採用嚴格的

進食失調症診斷標準，在受訪的 18 歲及以上成年人當中，估計患上厭食症的終身患病率大概為 0.5% 至 0.6%，暴食症為 0.5% 至 1.0%，而狂食症則為 1.1% 至 2.8%。女性患上進食失調症的情況較男性普遍^{4, 5}。在二零一二年，澳洲共有超過 913 000 人（或佔總人口約 4%）患上進食失調症。在澳洲的進食失調症患者當中，大多數是患上狂食症（47%）及其他進食失調症（38%），而暴食症和厭食症則分別佔 12% 和 3%⁶。

進食失調症雖然常被視為一種與西方文化關係密切的疾病，患者卻不只限於西方人。有文獻研究顯示，在西方國家的女性當中，飲食態度出現偏差的百分比由 8.3%（瑞士大學生）至 26%（年齡介乎 16 至 22 歲的美國女性）不等；而男性的百分比則由 0.4%（年齡介乎 14 至 19 歲的西班牙學生）至 10%（美國大學生）不等。該研究採用了飲食態度測驗-26 (EAT-26)，評估受訪者的飲食態度和行為的偏差程度，以識別患上進食失調症風險的人士。在非西方國家，女性的相關百分比為 0.8%（三十多歲的日本女性）至 39.5%（巴基斯坦護士學校的一年級女性學生），而男性則為 2.4%（日本高中學生）至 10.9%（阿曼青少年）。⁷

在全球日益嚴重之趨勢

此外，流行病學研究觀察到在過去數十年，進食失調症的個案有上升的趨勢。舉例說，在英國年齡介乎 10 至 49 歲的人口當中，每年患上進食失調症的年齡標準化發病率由二零零零年每十萬人口當中有 32.3 人上升至二零零九年的 37.2 人

(女性發病率由每十萬人口當中有 51.8 人上升至 62.6 人，而男性發病率則從每十萬人口當中有 5.6 人增加至 7.1 人)⁸。此外，在南澳進行的兩個連續社區調查發現，瘋狂進食、清除行為（扣喉嘔吐，及／或濫用瀉藥或利尿劑）和為了控制體重身形而過度節食或禁食行為的百分比於一九九五年至二零零五年間上升了 1.4 至 1.9 倍，這些行為在男和女兩性當中均有所上升⁹。在亞洲，進食失調症的個案數目亦有所增加。據日本國家精神衛生研究中心的統計，全日本的厭食症臨床個案由一九八零年的每十萬人口當中有 2 人，急增近十倍至一九九八年的每十萬人口當中有 19 人¹⁰。新加坡中央醫院一項有關進食失調症的計劃亦觀察到新確診進食失調症個案數目在二零一一年至二零一二年期間增加了 30%¹¹。

青少年期為發病的高峰期

雖然幼童¹²或長者¹³也有機會患上進食失調症，但進食失調症通常在青少年期發病¹⁴。舉例說，一項面訪調查訪問了 10 123 名年齡為 13 至

18 歲的美國青少年，結果顯示，厭食症、暴食症和狂食症患者的發病年齡中位數介乎 12 至 13 歲¹⁵。另一項根據英國的基層醫療名冊進行的研究顯示，厭食症及暴食症患者的確診高峰期為年齡 15 至 19 歲⁸。事實上，世界衛生組織已將進食失調症列為須優先處理的兒童及青少年心理健康問題¹⁶。

本地情況

在香港，青少年出現飲食態度和行為失調情況並非罕見，而且在近年似乎越趨普遍。在二零零七年，一項以 893 名年齡介乎 12 至 18 歲的中學生為對象，並透過 EAT-26 作為評估工具的調查發現，有 22.1% 的受訪學生在該測驗中的得分為 >20，顯示出現飲食失調情況，當中女學生和男學生的平均得分為 14.9 及 12.4¹⁷。與較早前的本地研究結果相比，在二零零七年進行的研究顯示青少年出現飲食失調的情況明顯較多（表一）。

表一：本港青少年於飲食態度測驗-26 中的得分報告

	二零零七年研究 ¹⁷	二零零五年研究 ¹⁸	一九九三年研究 ¹⁹
調查對象	➤ 893 名年齡介乎 12 至 18 歲的中學生 (女生平均 14.9 歲； 男生平均 14.6 歲)	➤ 2 382 名年齡介乎 10 至 21 歲的中學生 (女生平均 14.8 歲； 男生平均 14.6 歲)	➤ 294 名華人少女
EAT-26 中得分 >20 的百分比	➤ 22.1% (女生 26.6%； 男生 18.5%)	➤ 5.1% (女生 6.5%； 男生 3.9%)	➤ 6.5%
EAT-26 的平均 得分	➤ 女生得分 14.9； 男生得分 12.4	➤ 沒有提供	➤ 8.4

進食失調症的主要風險因素

與大部分情緒病或精神病相似，進食失調症往往是生物／生理因素、性格特徵／心理因素、在個人及社區層面上的社會和文化因素，

以及個人經歷等複雜因素相互影響的結果（方格一）。

方格一：導致進食失調症的主要風險因素^{14, 20, 21}

生物／生理因素	性格特徵／心理因素	社會和文化因素	個人經歷
<ul style="list-style-type: none"> * 女性 * 遺傳因素 * 不同成長階段中的生理變化，如青春期 * 大腦某些化學物質出現不平衡的情況，如血清素 * 身體狀況，如肥胖和超重 * 節食 	<ul style="list-style-type: none"> * 自我形象低落 * 完美主義 * 強迫性或衝動行為 * 自身患有精神疾病，如抑鬱症、焦慮症 * 內在的不足感 * 傾向附和／討好別人的個性 * 對別人的意見過分介懷 * 畏懼成為成年人 * 害怕衝突 	<ul style="list-style-type: none"> * 流行文化標榜的理想外貌，如纖瘦或肌肉發達 * 傳媒（電視、電影或雜誌）宣揚「完美」的身形或某些玩具（如洋娃娃）出現不合乎比例的身材 * 因承受社會壓力（例如爭取成功、保持競爭力）而養成自我比較的心態 * 從事着重身形的職業，如模特兒、舞蹈員和運動員 	<ul style="list-style-type: none"> * 朋輩壓力 * 因外貌而被欺凌和嘲笑 * 遭受性侵犯或身體虐待 * 父母對外貌、飲食或節食的態度、行為及評價 * 個人或家庭關係出現問題 * 生活出現重大的變化，如親友離世、轉校或轉工

患上進食失調症的後果

進食失調症的生理症狀與患者控制體重的行為和所引致營養不良相關²²。進食失調症會為患者所有的身體器官帶來影響，而器官受損的程度則通常取決於進食失調症的類別、患病時間的長短、嚴重程度，以及發病年齡。如得不到適當的治療，進食失調症可引致的併發症，對身體造成永久的傷害，甚至死亡。

除了過度瘦削外，隨著時間，厭食症患者的頭髮和指甲會變得脆弱、皮膚乾燥發黃、身體長滿細毛、貧血、肌肉萎縮無力、低血壓、姿勢性暈眩、呼吸和脈搏變慢、嚴重便秘、月經停止（女性患者）、疲倦和怕冷。厭食症患者的絕食行為有可能導致心肌萎縮和心律不齊。另一方面，暴食症患者雖大多能保持正常體重，但他們為了控制體重而作出的

補償行為，會引致慢性喉痛、頸部和下頸唾液腺腫脹、蛀牙、嚴重脫水以及電解質失衡。脫水和電解質失衡會誘發心律不齊、導致腎結石及腎功能衰竭，而扣喉嘔吐則會導致食道損傷、出血，在極少數情況下甚至會出現食道破裂。狂食症患者過量食用高糖分或高脂肪的食物，會引致血糖、膽固醇和三酸甘油脂上升，增加罹患二型糖尿病、膽囊疾病、血管硬化和心臟病的風險^{1, 23, 24}。雖然大多數併發症都會隨着患者改善營養吸收以及康復過程中得到改善，某些身體的損害卻不能完全修復，或可能會影響日後的健康^{22, 25}。進食失調症可能會對青少年造成永久的生理損害，包括腦部結構和功能異常、青春期延遲、發育遲緩或身材矮小、骨質密度低，及以後患上骨質疏鬆症^{22, 24}。

進食失調症對患者帶來的心理影響，和其生理影響一樣嚴重。在青少年期患有進食失調症的人士在成年後出現焦慮症、抑鬱症、以及試圖自殺的風險，是在青少年期沒有患此病的人士的4倍²⁶。

此外，一個整合了36個有關進食失調症死亡情況的綜合分析顯示，厭食症患者的死亡率大約是沒有患上此病的人士的5倍。暴食症或其他進食失調症患者的死亡風險亦較非患者高出約90%²⁷。《2010年全球疾病負擔研究》估計，全球因進食失調症死亡的人數由一九九零年的5 400人增加至二零一零年的7 300人，增幅達35.0%²⁸。

預防和及早識別進食失調症

進食失調症的患病率越趨上升，而此病對患者的影響深遠，因此，進食失調症應被視為需要優先關注的公共衛生課題。應對進食失調症最理想的方法是防患於未然，及早識別和治療亦有助康復，並提高治療成效。

在進食失調症的眾多風險因素中，有不少都是在青少年期之早期形成的。因此，家長和照顧者在預防和及早識別青少年患上進食失調症當中扮演着重要的角色。以下是一些可減低兒童和青少年患上進食失調症風險的建議：

- * 以身作則，對食物、飲食、運動和體重持正確態度，並實踐健康的行為模式。例如，不要節食或減少用餐的次數，奉行均衡飲食，並適當搭配不同種類的食物，避免以食物作為利誘或懲罰的工具，恆常運動以保持身心健康，以及維持理想的體重。
- * 接納不同的身形。不要對兒童和青少年的體重、身形、外表或個別身體部分給予不恰當的評語。
- * 幫助兒童和青少年認識他們的自我價值。着重他們的天賦、優點和正面的內在素質，例如友善、誠實或體貼，而不是外表。
- * 聆聽兒童和青少年對體重和身體形象的看法。教導他們有關進食失調症的不良影響。
- * 鼓勵兒童和青少年以批判性的角度，審視從傳媒和朋輩接收到關於節食、理想外表或「完美體態」的信息。教導他們應對來自朋輩的負面壓力的技巧，例如向有關體重或身形的嘲笑說不，向信任的朋友或成年人求助，或找藉口離開對自己不利的處境。

- * 幫助兒童和青少年以健康的方法抒發負面情緒。與其利用食物來減壓，倒不如鼓勵他們去散步、聽音樂或玩樂器、繪畫、漸進式肌肉鬆弛練習、深呼吸或靜下來獨處。
- * 認識和了解進食失調症。注意兒童和青少年是否有進食失調症的警兆和徵狀（方格二）。不要忽視進食失調的行為和警兆。有需要時應向專業人員尋求協助。

家長和照顧者如果懷疑兒童和青少年患上進食失調症，或有患病的風險，應對他們予以關懷、支持和體諒。請緊記，進食失調症是可治癒的疾病，切勿因青少年進食失調的行為而批評或責備他們。應徵詢家庭醫生的意見，以便及早診治或作出轉介。

方格二：進食失調症的警兆和徵狀²⁹

行為方面

- * 持續或重複節食，例如：減少進餐、禁食、以飲品代替正餐
- * 瘋狂進食，例如：偷偷進食、在房間內收藏大量食物
- * 服用瀉藥和利尿劑，例如在進餐期間或餐後不久，頻頻上洗手間
- * 強迫性做運動，例如受傷時或天氣惡劣也堅持做運動，沒法讓自己停止運動
- * 沉迷計算卡路里，或改變飲食喜好，例如拒絕進食某類食物，厭惡對過往喜歡的食物
- * 經常找藉口不進餐，例如說自己已經已用膳或對某類食物過敏
- * 沉迷於檢視身體，例如不斷量度體重，花過多時間照鏡

生理方面

- * 體重驟降
- * 體重經常改變
- * 女性月經停止或失調
- * 出現經常嘔吐的迹象——下巴腫脹、手指節生繭或牙齒損傷
- * 即使在溫暖的環境，也常感到寒冷（這與血液循環差有關）
- * 因脫水而暈倒及感到暈眩
- * 疲倦——經常感到困倦，不能進行正常活動

心理方面

- * 過分着重身形、體重和外表
- * 強烈懼怕體重增加
- * 對體型異常不滿／對自己的身形產生扭曲的理解，例如即使體重正常或過輕，但仍然申訴自己肥胖
- * 過度關注食物或一切與食物有關的活動
- * 對有關身形或體重、飲食或運動習慣的意見或批評十分敏感
- * 在進餐時間感到特別焦慮
- * 自我形象低落，例如感到羞恥、內疚或自我厭惡
- * 感覺不能控制自己的飲食行為

青少年和年青人應該：

- * 留意自己的情緒和飲食行為。
- * 學習接納自己，並以健康的方法調節負面情緒。
- * 了解自己的理想體重，不要盲目附和「瘦即是美」的錯誤觀念，對不健康的瘦身文化或對身體形像不滿所帶來的負面影響保持警惕。

衛生署的學生健康服務推出了 iPhone 和 iPad 應用程式（只備中文版），讓中小學生計算自己的身高別體重，以及了解自己的體重按年齡或「身高別體重」百分位數來判斷是否屬於健康。該應用程式同時提供有關健康飲食和體能活動的資訊；這些才是最健康和有效的控制體重方法。公眾可在 [iTunes website](#) 或 Hong Kong App Store 下載這個應用程式。有關學生健康服務的更多資料，請瀏覽 <http://www.studenthealth.gov.hk/>。

參考資料

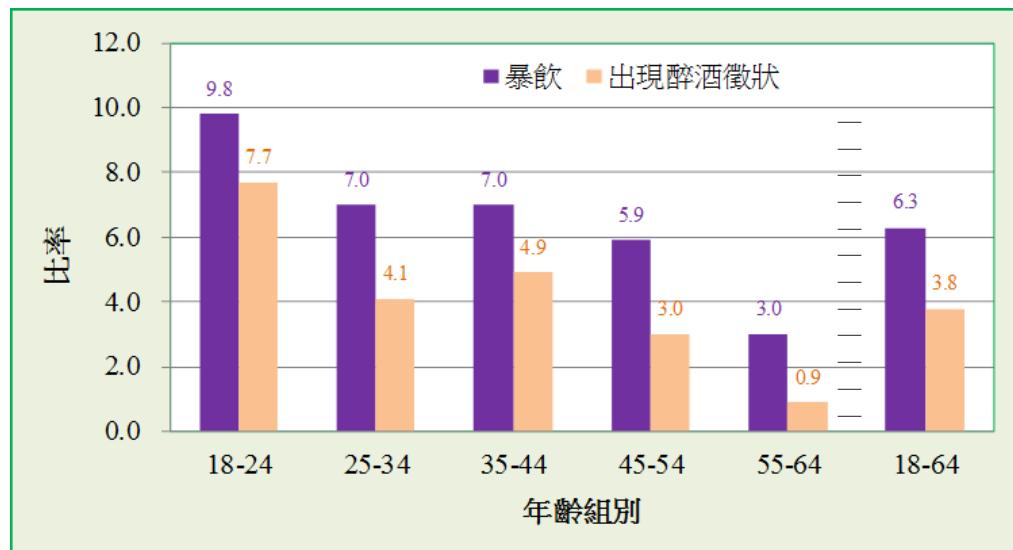
1. Eating Disorders. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, U.S. Department of Health and Human Services, 2011.
2. Feeding and Eating Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
3. What is an Eating Disorder. Eating Disorder Victoria, 2012.
4. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Jr., Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry 2007; 61(3):348-58.
5. Preti A, Girolamo G, Vilagut G, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. J Psychiatr Res 2009; 43(14):1125-32.
6. Paying the Price. The Economic and Social Impact of Eating Disorders in Australia. The Butterfly Foundation 2012.
7. Makino M, Tsuboi K, Dennerstein L. Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. Med Gen Med 2004; 6(3):49.
8. Micali N, Hagberg KW, Petersen I, Treasure JL. The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: findings from the General Practice Research Database. BMJ Open 2013; 3(5).
9. Hay PJ, Mond J, Buttner P, Darby A. Eating disorder behaviors are increasing: findings from two sequential community surveys in South Australia. PLoS One 2008; 3(2):e1541.
10. Ruelle A. Starving Consumers: Culture, Gender, and Consumerism in the Aetiology of Anorexia in Japan. Occasional Paper No.30. Centre for Asia-Pacific Initiatives 2004.
11. Lee HY, Hoodbhoy Z. You are worth more than what you weigh: preventing eating disorders. Ann Acad Med Singapore 2013; 42 (2):64-5.
12. Atkins DM, Silber TJ. Clinical spectrum of anorexia nervosa in children. J Dev Behav Pediatr 1993; 14(4):211-6.
13. Lapid MI, Prom MC, Burton MC, et al. Eating disorders in the elderly. Int Psychogeriatr 2010; 22(4):523-36.
14. Eating Disorder. The Way Forward. An Australian National Framework. Sydney: National Eating Disorders Collaboration, 2010.
15. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, et al. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. Arch Gen Psychiatry 2011; 68(7):714-23.
16. Caring for Children and Adolescents with Mental Disorders. Setting WHO Directions. Geneva: World Health Organization, 2003.
17. Mak KK, Lai CM. The risks of disordered eating in Hong Kong adolescents. Eat Weight Disord 2012; 16(4):e289-92.
18. Tam CK, Ng CF, Yu CM, Young BW. Disordered eating attitudes and behaviours among adolescents in Hong Kong: prevalence and correlates. J Paediatr Child Health 2007; 43 (12):811-7.
19. Lee AM, Lee S. Disordered eating and its psychosocial correlates among Chinese adolescent females in Hong Kong. Int J Eat Disord 1996; 20(2):177-83.
20. Eating Disorders Risk Factors. NSW: National Eating Disorders Collaboration, 2012.
21. White JH. The prevention of eating disorders: a review of the research on risk factors with implications for practice. J Child Adolesc Psychiatr Nurs 2000; 13(2):76-8.
22. Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, et al. Eating disorders in adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. J Adolesc Health 2003; 33(6):496-503.
23. Brown CA, Mehler PS. Medical complications of self-induced vomiting. Eat Disord 2013; 21(4):287-94.
24. Katzman DK. Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: a review of the literature. Int J Eat Disord 2005; 37 Suppl:S52-9; discussion S87-9.
25. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. Lancet 2010; 375(9714):583-93.
26. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. Arch Gen Psychiatry 2002; 59(6):545-52.
27. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. Arch Gen Psychiatry 2011; 68(7):724-31.
28. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012; 380(9859):2095-128.
29. Eating Disorders: Warning Signs and Symptoms. Vol. 2013: Eating Disorders Victoria, 2012.

向飲酒遊戲說「不」

最近網上出現了一種極具爭議性的「豪飲接龍」飲酒遊戲，引起廣泛的關注。參加者需要拍攝自己將酒精飲料（通常是一品脫啤酒）一飲而盡的片段，並把它上載到網站，然後再提名其他人在指定時間內做出相同行為。隨著遊戲越來越流行，被提名的參加者往往會飲用更高酒精濃度的飲料和做出危險的行為，給他們帶來意料之外或無法預測的風險。英國媒體報導至少有三宗死亡個案懷疑與這種飲酒遊戲有直接關係。

在香港，根據衛生署於二零一二年進行的行為風險因素調查的結果顯示，在社區居住而年齡介乎 18 至 64 歲的人士中，分別有 6.3% 和 3.8% 在受訪前的三十日內曾經暴飲（即一次過飲最少五杯或五罐罐裝酒精飲料）和試過因飲酒過量而出現醉酒徵狀（如面紅或眼睛滿佈紅根、口齒不清或胡言亂語、步履不穩或走路時左搖右擺、嘔吐和宿醉）。年齡介乎 18 至 24 歲的年輕人較年長人士多報稱有此狀況。

按年齡組別劃分，年齡介乎 18 至 64 歲並居住在社區的人士報稱於被訪前三十天內曾經暴飲和試過因飲酒過量而出現醉酒徵狀的比率



資料來源：二零一二年行為風險因素調查。

很多年青人或許覺得飲酒不算是什麼一回事。事實上，酒精會對他們正在發育的腦部構成傷害。酒精會大大降低個人的自制能力，增加他們發生意外、面對暴力及進行高風險性行為的機會。過量飲酒可導致急性酒精中毒、昏迷及猝死。長遠而言，飲酒會影響消化系統和破壞肝臟，並增加患上某些癌症的風險。年青人必須知道，真正的朋友是絕不會提名或強逼你去接受玩命式的挑戰或遊戲。

如果你在網上世界被點了名，最明智的做法是直接拒絕，並向邀請你的那位網友說「不」，無須理會「灌酒」的「挑戰」。此外，你可從被標籤的發佈內容中移除標籤及刪除在社交網上相關的生活動態；而透過啟動社交網站的私隱設定，更可讓一切標籤了你的內容要事前得到你的同意才能發佈。以下的七式攻略可助你拒絕飲酒的邀請：

第一式：無聲勝有聲，不用出聲說「不」

假裝沒有收到邀請，以不回應為回應

第二式：簡單直接地說「不」

「我不飲，謝謝。」

第三式：隨便找個借口說「不」

「明天還有要事去辦，不飲了。」

「我媽知道後定會發瘋的，還是不飲了！」

第四式：找個好伙伴一同說「不」

「我們都是不飲酒的。」

第五式：來個反建議說「不」

「飲酒又貴又不健康，我們不如去看戲吧。」

第六式：重覆地說「不」

「我都說過不飲了！重覆：我－不－飲－酒！」

第七式：走為上策，迴避不利的環境

說句「對不起，忽然記起有急事要辦」或「對不起，家人來電」，然後「閃身」離開現場

如欲知更多有關飲酒與健康的資訊，可瀏覽衛生署「活出健康新方向」網頁
http://www.change4health.gov.hk/tc/alcohol_aware/index.html。

非傳染病直擊旨在加強公眾對非傳染病及相關課題的認識，

意識到預防和控制非傳染病的重要性。這亦顯示我們積極進行風險資訊溝通和致力處理非傳染病在我們社區引起的種種健康問題。

編輯委員會歡迎各界人士的意見。

如有任何意見或疑問，請聯絡我們，電郵so_dp3@dh.gov.hk。

主編

程卓端醫生

委員

鍾偉雄醫生

吳國保醫生

馮宇琪醫生

曹家碧醫生

許燕芬醫生

雲永綺女士

劉天慧醫生

尹慧珍博士

李兆妍醫生

王曼霞醫生

李元浩先生

黃詩瑤醫生