

汲取經驗 防患未然

香港特別行政區 嚴重急性呼吸系統綜合症專家委員會報告

二零零三年十月

汲取經驗 防患未然

香港特別行政區
嚴重急性呼吸系統綜合症
專家委員會報告

二零零三年十月



嚴重急性呼吸系統綜合症專家委員會 SARS Expert Committee

香港下亞厘畢道
中區政府合署中座五樓
香港特別行政區行政長官
董建華先生

行政長官先生：

《汲取經驗 防患未然》

謹代表嚴重急性呼吸系統綜合症專家委員會（委員會）提交名為《汲取經驗 防患未然》的報告，以供審閱。

嚴重急性呼吸系統綜合症（綜合症）爆發期間，香港市民能夠臨危不亂，勇敢面對逆境，實在令人讚賞。對於那些在這場疫症中痛失摯親的人士，我們藉此致以深切的慰問。

我們亦謹向香港的醫護人員表示崇高的敬意，他們無私奉獻、盡忠職守、捨己為人的出色表現，堪為楷模。

委員會對香港疫情的了解加深後，對社會各界在疫症肆虐期間卓越的表現，以及努力不懈、堅守崗位和勇於承擔的精神，更感欽佩。我們各委員在自己國家中接觸的高層人士亦有同感。

在香港有些人士曾向我們表示，憂慮委員會的工作難免受政府或其他有關方面影響。我們謹此鄭重申明，委員會每位成員都是矢志盡心為香港市民效力，我們非常重視檢討工作的獨立性和透明度，並且務求在報告中不偏不倚地表達我們的集體意見和判斷，以表誠信。

我們審閱過不少意見書，也會見了背景迥異的各方人士，由此獲得大量資料和證據，並予以研究。我們已要求秘書處在不違反個人保密權的前提下，把這些資料上載於網頁，供市民查閱，詳情載於報告內。

我們認為在這次處理綜合症的疫情上，沒有人因疏忽職守、未盡全力或行政失當而應受到譴責。我們在討論的過程中，非常小心事後論斷的危險，因此，我們在研究每一件事時，都盡力設身處地考慮當時所知及所能夠做到的限度。在事後掌握了有關資料，然後作出批評，是最容易不過的事。綜合症是初次出現的新疾病，在評估這次事故時，須根據當時掌握的知識和資料，來審慎評估決策過程和決定，才是公平合理。

當然，事後掌握知識和資料也十分重要，我們可從中汲取經驗，並提出建議，使醫護體制更能妥善應付日後出現的任何疫症。本報告旨在找出有關經驗，並因應當務之急及長期工作提出建議。我們認為在疫情處理上，特別在疫症爆發初期，在醫護體制方面無疑出現了一些缺失。我們必須從中汲取經驗，致力加強公共衛生的工作，改善衛生醫護界的各方面的協調，以及釐清各部門的職責和改善彼此的溝通。

國際社會亦可從中汲取經驗。疫症無分地域國界，全球各地之間的連繫日益緊密，原來屬於本土的衛生問題現時已變成全球性問題，而全球性問題也帶來本土問題。根據我們觀察所得，要保障市民的健康，必須視整個珠江三角洲為單一的衛生防護體系，這點十分重要。

香港的醫護體制是防止新傳染病向世界各地傳播的重要防線，鑑於國際社會之間的聯繫明顯與香港市民的利益息息相關，我們期望本報告也可以向國際社會提供有用的參考資料。

正如我們在本報告的標題強調，各項建議在獲得接納後須切實執行，有關工作的進度應每年檢討，並向市民作出匯報。

本報告在提交予閣下的同時，將向市民大眾發表，以示我們重視這項檢討工作的獨立性和透明度。

嚴重急性呼吸系統綜合症專家委員會聯合主席

錢卓樂爵士



葛菲雪教授



連附件

二零零三年十月二日

目錄

頁碼

前言

引言和背景

第一章	引言	1 – 3
◆	專家委員會成員	1
◆	檢討範圍	2
◆	運作方式	2
◆	報告的結構	3
第二章	背景	5 – 11
◆	概覽	5
◆	香港綜合症疫情	5
◆	香港的情況	6
◆	香港的醫護體制	8

大事紀要和主要議題

第三章	綜合症疫情	13 – 62
◆	序幕: 疫症爆發前的事件	13
◆	疫症爆發	23

第四章	評論各主要議題	63 – 78
◆	引言	63
◆	初期在廣東省和香港發生的事件	63
◆	威爾斯親王醫院的疫情	66
◆	二零零三年三月中是否有出現疫症在“社區爆發”的情況？	68
◆	把綜合症列為應通報的疾病	69
◆	淘大花園的綜合症疫情	70
◆	指定瑪嘉烈醫院為處理綜合症的醫院	72
◆	與私營機構的協作	72
◆	香港的綜合症個案死亡率	73

經驗和主題

第五章	經驗和主題	79
◆	全球化的趨勢：全球的警覺	79
◆	作好準備	79
第六章	控制傳染病爆發相關的 衛生醫護體制組織架構	81 – 84
◆	引言	81
◆	衛生福利及食物局和衛生署的角色和職責	81
◆	處理和控制傳染病爆發的領導工作	82
◆	醫管局內部的角色和職責	83
◆	公私營醫院和衛生署分區辦事處之間的關係	84

	頁碼
第七章 衛生防護機制	85 – 93
◆ 引言	85
◆ 衛生署處理疫症的工作	85
◆ 大型傳染病爆發控制計劃	88
◆ 在香港設立衛生防護中心	88
◆ 傳染病法例	90
第八章 香港的內部協調	95 – 100
◆ 引言	95
◆ 衛生福利及食物局、衛生署與醫管局之間的協調	95
◆ 衛生署與醫管局內部和兩者之間的協調	98
◆ 公營與私營醫療機構之間的協調	99
第九章 珠江三角洲地區之內以及國際的協作	101 – 103
◆ 引言	101
◆ 廣東省與香港的協作	101
◆ 衛生福利及食物局／衛生署與北京衛生部的協作	103
◆ 香港與國際社會的協作	103
第十章 監察、資訊和數據管理	105 – 108
◆ 引言	105
◆ 加強監察系統	105
◆ 改善傳染病數據管理系統	106

	頁碼
第十一章 應變能力	109 – 112
◆ 引言	109
◆ 公營醫院的設施和服務	109
◆ 醫院員工的培訓和調配	110
◆ 藥物、醫療消耗品及裝備的供應	111
◆ 公共衛生工作	111
◆ 與私營機構和志願機構的協作	112
第十二章 臨牀診治、醫院感染控制和職業健康	113 – 121
◆ 引言	113
◆ 臨牀診治	114
◆ 醫院感染控制	115
◆ 個人防護裝備的規格和供應	117
◆ 職業健康	120
第十三章 研究和培訓	123 – 126
◆ 引言	123
◆ 研究	123
◆ 培訓	125
第十四章 信息傳遞	127 – 130
◆ 引言	127
◆ 與傳媒的溝通	127
◆ 與公眾的溝通	129
◆ 與醫護人員、病人和病人親屬的溝通	129

	頁碼
第十五章 連繫社會各界共同參與	131 – 137
◆ 引言	131
◆ 以人口為本的衛生防護工作	132
◆ 特別需要照顧的社羣	132
◆ 私營醫療機構、學術界和志願組織	134
◆ 社會各界共同參與	136
第十六章 綜合症對社區的衝擊和遺下的影響	139 – 142
◆ 引言	139
◆ 綜合症對患者及其家人的衝擊	139
◆ 綜合症對社會各界的衝擊	142
 結論和建議	
第十七章 結論	143 – 147
◆ 汲取經驗	143
◆ 防患未然	143
◆ 加強監察和通報系統	144
◆ 擬訂綜合應變計劃	144
◆ 訂立明確的指揮和控制架構	145
◆ 制訂綜合應變措施	146
◆ 提高應變能力	146
◆ 保持透明度和確保溝通無阻	147
第十八章 主要建議	149 – 154
鳴謝	155

詞彙表		157 – 166
附錄		
附錄一	同意公開意見書的人士／團體	167 – 169
附錄二	委員會曾經會晤的人士／團體和曾經實地視察的地方	170 – 177
附錄三	香港疫情大事紀要	178 – 218
附錄四	香港疫情統計數字	219 – 221
	(一) 按年齡及性別劃分的綜合症個案數目	219
	(二) 按地理分區劃分的綜合症個案數目	219
	(三) 截至 2003 年 8 月 3 日為止，按醫院聯網劃分的接受治療綜合症個案數目及其醫院病牀佔用日數	220
	(四) 被追查的接觸者數目	220
	(五) 截至 2003 年 9 月 7 日為止，在出入境管制站檢查的人士及證實受感染個案的數目	221
	(六) 截至 2003 年 9 月 7 日為止，曾受家居隔離措施影響的人士及住戶數目	221
附錄五	就綜合症所累積的科學知識紀要	222 – 253

前言

這是嚴重急性呼吸系統綜合症專家委員會報告書的全文。由於委員會已廣泛分發一份內容較精簡的報告摘要，本報告書內將不另載報告摘要。讀者可翻閱第十七章有關委員會的結論及第十八章內列出的主要建議。

除了在細節上詳撮的分別外，報告書全文和報告摘要的內容完全一致。委員會的各項建議於報告書內各章及報告摘要內「經驗和主題」的各分節中陳述，此外，報告書和報告摘要亦同時載有委員會的主要建議，並且標明跟內文裏詳盡的建議相互參考的註釋。

在本報告書的英文本提交香港特別行政區行政長官的同日，報告摘要的中英文本一併發表。報告書和報告摘要已上載於委員會網站 www.sars-expertcom.gov.hk。

引言和背景

專家委員會成員

1.1 嚴重急性呼吸系統綜合症(綜合症)為香港帶來嚴峻挑戰，對很多市民是一次慘痛經歷，對醫護界造成沉重打擊，短期經濟亦大受影響。疫症凸顯的當務之急，是要

檢討醫護體制的效能，以期日後能更妥善應付可能出現的疫症。有見及此，香港特別行政區行政長官在二零零三年五月二十八日公布成立嚴重急性呼吸系統綜合症專家委員會(委員會)，負責進行檢討。

嚴重急性呼吸系統綜合症專家委員會成員名單

聯合主席

錢卓樂爵士 (醫院管理及行政)

倫敦英皇基金高級會士及英國全國衛生服務大奧文街兒童醫院管理局主席

葛菲雪教授 (公共衛生)

英國皇家醫學院公共衛生學院院長

委員

戴韻倩醫生

澳洲皇家醫療行政人員學院院長

伊文思醫生

英國威爾斯大學醫學院流行病學、統計學及公共衛生學系高級講師

霍寧博教授

美國國家科學院醫學研究所所長

高柏安醫生

美國艾莫里大學學術衛生事務副校長

李紹鴻教授

香港中文大學社會醫學榮譽教授

區允文先生

英國納菲德信託秘書

唐小平博士

中國廣州市第八人民醫院院長

楊紫芝教授

香港大學內科學系教授

鍾南山教授

中國廣州呼吸疾病研究所所長

各委員的簡歷可見於委員會網頁 www.sars-expertcom.gov.hk

1.2 委員會的專家成員，分別在醫療體制、公共衛生、流行病學和傳染病控制、專門醫學，以至醫院管理和運作等界別，在國際間具備廣泛經驗。

檢討範圍

1.3 委員會的職權範圍如下－

- ◆ 檢討政府(包括醫院管理局)在處理和控制疫症的工作
- ◆ 就政府在防治綜合症等傳染病的工作，研究和檢討香港醫護制度的能力和架構，以及衛生署和醫院管理局(醫管局)的體制和運作，和
- ◆ 找出可汲取的經驗，並提出改進建議，使我們的機制更能妥善應付日後出現的任何疫症。

1.4 委員會成立了醫院管理及行政小組和公共衛生小組。兩個小組在六、七月間分別召開會議，然後委員會在八月舉行全體會議。

1.5 鑑於所需處理的議題複雜，加上須在緊迫的時間內完成檢討，我們只能夠集中探討與委員會職權範圍直接相關的範疇。我們必須承認，有某些對醫療服務和市民健康影響深遠的政策和工作，在本報告中未有論述，例如城市規劃、樓宇及渠道設計、食物及環境衛生(包括賣濕貨的街市)等，當局需要注意。

運作方式

1.6 委員會每位成員都矢志盡心為香港市民效力。我們非常重視委員會的獨立性，以及在檢討過程中堅守開放和具透明度的原則。

1.7 在進行檢討期間，我們曾－

- ◆ 蒐集一般與疫症相關的資料，以及更基本的，與香港醫護和醫院體制有關的資料，來源計有公共文件、傳媒報道、其他資訊和統計數據等
- ◆ 邀請市民就疫症及與委員會職權範圍內相關的事宜(尤其是關於如何改善醫護體制、預防和處理傳染病的工作、公共衛生體制，以及如何汲取經驗，使機制更能妥善應付日後出現的任何疫症)提交意見書
- ◆ 多次與涉及這次疫症或受影響的人士會晤，舉行會議，及
- ◆ 進行實地視察。



委員會成員到淘大花園實地視察

1.8 除正式會議外，我們亦透過視像／電話會議、電郵及信函進行討論。部分委員在回國後亦把握機會相約會面和進行商討。

1.9 在檢討工作的過程中，委員會收到合共 93 份由個人、醫生、醫護人員、學者、大專院校、非政府機構及其他關注團體提交的意見書。按委員會一直堅持開放和高透明度的原則，我們決定先徵得有關人士／團體的同意，並在符合香港有關個人私隱法律的情況下，把這些意見書上載至委員會的網站，網址為 www.sars-expertcom.gov.hk，供市民瀏覽。附錄一載有同意披露其意見書的個人／團體名單。

1.10 委員會曾與不少有關人士和在這次事件中守着不同崗位的人士會晤，包括前線醫護人員、淘大花園居民、綜合症康復者、長期病患者組織、安老院營辦者、傳媒代表、醫護界組織、專家及學者、私人執業醫生、立法會議員、醫院及公共衛生機構、決策人士，以及政府部門首長等。這些人士／團體詳列於附錄二。

1.11 所有收到的文件和意見，委員會都曾仔細考慮，並且在有需要時，要求提供額外的資料和澄清疑點，亦給予機會，讓有關機構和人士作出回應。經過徹底的調查，我們相信可以如實交代香港疫症的大事始末(見第三章)，並從事件中找出一些值得討論的議題和若干共通的主題(見第四章至第十六章)。委員會想借此機會，對提供資料的人士表達謝意。

報告的結構

1.12 我們在第二章講述香港出現疫症的背景，第三章如實交代疫症的始末，第四章就主要議題提出委員會的意見。第五章至第十六章就互相關連的經驗和若干主題進行探討，說明可從中汲取的重要經驗和作出建議。第十七章則闡述我們的結論。最後，我們在第十八章按重要性／優次列出委員會的各主要建議。

概覽

2.1 世界衛生組織(世衛)在二零零三年三月十五日首次提出綜合症這個名稱時，全球對有關疾病所知不多，綜合症卻對世界各地人民的健康構成重大威脅。在短短數月間，一種以前從未見過的冠狀病毒席捲全球，超過 8,000 人染病，奪去 900 多人的性命。

圖表 2.1 綜合症數據摘要表：
由二零零二年十一月一日
至二零零三年八月七日止

地區 / 國家	累計 個案數目	累計死亡 個案數目
加拿大	251	41
中國大陸	5,327	349
中國香港	1,755	300
中國台灣	665	180
新加坡	238	33
越南	63	5
菲律賓	14	2
美國	33	0
其他	76	6
總計	8,422	916

資料來源：世衛網站於二零零三年八月十五日公布有關綜合症的資料

2.2 全球感染綜合症的病人中，以醫護人員和較年青的成年人為主。雖然長者個案為數較少，但他們按年齡發病率卻是最高。

2.3 在臨牀方面，綜合症病人的早期症狀通常是發燒(體溫超過攝氏 38 度)，並有發冷和顫慄的情況，部分亦會有其他的症狀(包括頭痛、不適和肌肉疼痛)。一些個案只有輕微的呼吸道感染症狀，但在發病的早期階段並不顯著。有部分病人亦在發燒前兆時同時有腹瀉。在三至七日後，病人開始有下呼吸道感染症狀，出現無痰乾咳或呼吸困難。幼童的病徵通常較為輕微，但長者的呼吸道感染症狀卻比較明顯。有一部分綜合症患者並無典型病徵，不可即時識別。這些“潛伏”個案一般是按化驗結果才識別為綜合症患者，而當中有部分是長者或免疫力減弱並同時患有其他疾病的病人。

香港綜合症疫情

2.4 香港綜合症疫情始末將於第三章詳細敘述，有關疫情發展的大事紀要見附錄三。這場疫症的源頭病人被追查至一名在二零零三年二月底來自廣州的教授。他入住 M 酒店時，把疾病傳染了酒店一批其他住客和訪客，並導致其後在香港、新加坡、加拿大和越南輾轉爆發疫症。

2.5 香港的疫症歷時超過三個月，共 1,755 人感染了綜合症，其中 300 人不治。這場疫症不單打擊了醫護界，對經濟環境、就業、學童上學，以至不少其他正常活動也造成影響，並且給公眾帶來很大的恐懼和憂慮。

2.6 然而，香港人適應能力甚強。雖然香港人口稠密，往返鄰近地區的過境人潮又川流不息，世衛認為香港這場疫症極難控制，不過，即使如此，在堅韌不拔的香港市民齊心協力下，疫症終於受到控制，最後一宗個案的病人於六月二日開始接受隔離，而世衛已於六月二十三日把香港從疫區名單中除名。

香港的情況

2.7 要了解綜合症在香港的疫情，必須明白這裏的地理、社會經濟、政治和組織架構的背景。

2.8 香港為中華人民共和國的特別行政區，人口約 680 萬，面積 1,100 平方公里，包括港島、九龍半島和新界，位處中國東南端，是世界上人口最密集的地區之一，密度為每平方公里約 6,300 人。由於香港是國際都會，不少外國人在這裏居住，約有 526,510 人。

圖表 2.2 珠江三角洲地區圖



來源：香港特別行政區政府規劃署

2.9 香港是一個已發展的經濟體系，在二零零二年的人均本地生產總值為 23,800 美元，在亞洲處於高水平，僅次於日本。香港的健康指數可與其他已發展國家相媲美。嬰兒死亡率在二零零二年時為每千名活產嬰兒中有 2.4 名，至於出生時平均預期壽命，男性為 79 歲而女性為 85 歲，並預計到了二零三一年時，更會延長至男性 82 歲和女性 88 歲，成為世界上最長壽的地方之一。

開放和外向型經濟

2.10 香港位置優越，身處中國內地門檻，同時亦位於連接歐亞兩地時差的國際時區之內，是全球貿易、金融、商業和通訊中心。香港現時名列全球第九大貿易體系，以對外銀行交易金額計算屬第十大銀行中心，以成交金額計算屬第七大外匯市場。以市價總值計算，香港是亞洲第二大的股票市場。此外，以吞吐量以及乘客數目和國際貨運量而言，香港分別擁有全球最繁忙的貨櫃港和舉世最繁忙的機場之一。

與內地經濟聯繫日趨緊密

2.11 自一九七八年內地推行經濟改革，並奉行開放政策以來，香港與內地的經濟聯繫日趨緊密。兩地之間的有形貿易自一九七八年起迅速增長，以價值計算，平均每年增幅高達 23%。在過去數十年間，香港與內地之間的無形貿易和投資往來更出現急劇增長。作為內地(尤其是華南地區)的主要服務中心，

香港提供多項金融和其他商業支援服務，例如銀行和金融、保險、運輸、會計和業務推廣。香港也是前往內地經商和旅遊的主要門戶。

與珠江三角洲的社會聯繫

2.12 香港與內地的關係，不論是生意往來，官員之間的接觸，還是人流往來，在這些年間均日趨密切。香港與珠江三角洲近在咫尺，兩地的社會經濟連繫特別緊密。隨着這個地區的經濟融合，跨境交通量也顯著增加。目前，乘搭火車經陸路過境通道往返內地的旅客，平日約為 25 萬人次，節日和周末更超逾 30 萬人次。香港與內地之間的車輛過境通道，每日處理的跨境載客和載貨車輛合共超過 33,000 架次。

政治情況

2.13 香港在一九九七年七月一日成為中國的特別行政區。香港特別行政區(香港特區)的憲制文件是《基本法》，總則載述如下－

- ◆ 在“一國兩制”的方針下，香港特區實行高度自治，享有行政管理權、立法權、獨立的司法權和終審權
- ◆ 香港特區的行政機關和立法機關由香港永久性居民組成
- ◆ 香港特區不實行社會主義制度和政策，保持原有的資本主義制度和生活方式，50 年不變

- ◆ 香港原有法律，即普通法、衡平法、條例、附屬立法和習慣法，除與《基本法》相抵觸或經香港特區的立法機關作出修改者外，予以保留。

2.14 在二零零二年七月一日，政府推行主要官員問責制，加強主要官員就其政策範疇的問責性。這個新的管治架構，徹底改變了香港公共行政制度。新政治層的設立，清楚劃分了政治任命的問責官員和政治中立的公務員各自承擔的職責：各主要官員需要承擔政治責任，而公務員(包括常任秘書長和部門首長)則協助他們制定和推行政策，以及為市民提供服務。法定機構受到有關法例條文的約束，但一般而言在日常運作上享有高度自主，而政府的施政方針則由各主要官員擬定。

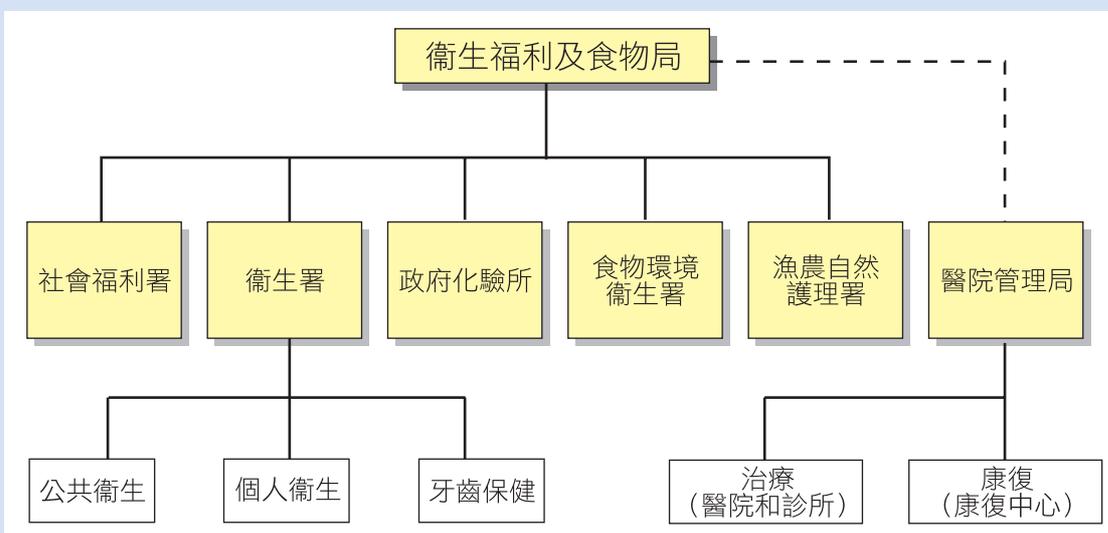
香港的醫護體制

2.15 目前，香港的公共醫護架構由三個主要機構(即衛生福利及食物局、衛生署和醫管局)組成，每個機構都在保障公眾健康的工作上肩負不同的重要任務。

衛生福利及食物局

2.16 衛生福利及食物局是香港特區政府總部轄下 11 個政策局之一。該局負責就有關衛生、社會福利、食物及環境衛生和婦女權益等事宜制訂政策，由衛生署、醫管局、食物環境衛生署、社會福利署和政府化驗所支援(公營醫護服務體制的組織架構見圖表 2.3)。鑑於職責範圍甚廣，衛生福利及食物局需要管理和分配政府每年差不多三分一的經常開支。在二零零三至零四年度，該局負責處理的經常開支總額估計高達 735 億港元。

圖表 2.3 公營醫護服務體制的組織架構



2.17 衛生福利及食物局由衛生福利及食物局局長掌管，他是問責制下的一名主要官員。主要官員須由作為香港特區首長的行政長官提名，並由中央人民政府任命，任期不超逾行政長官的任期。衛生福利及食物局局長轄下有一名常任秘書長、數名副秘書長以及約 200 名其他員工，他們都是公務員(衛生福利及食物局的組織表見圖表 2.4)。

衛生署

2.18 衛生署是香港特區政府的衛生事務顧問，負責促進市民健康，同時也是執行衛生法例和政策的行政機關。衛生署通過健康推廣、預防疾病、醫療護理、康復服務等工作，保障市民健康。衛生署執行的一些主要計劃包括 –

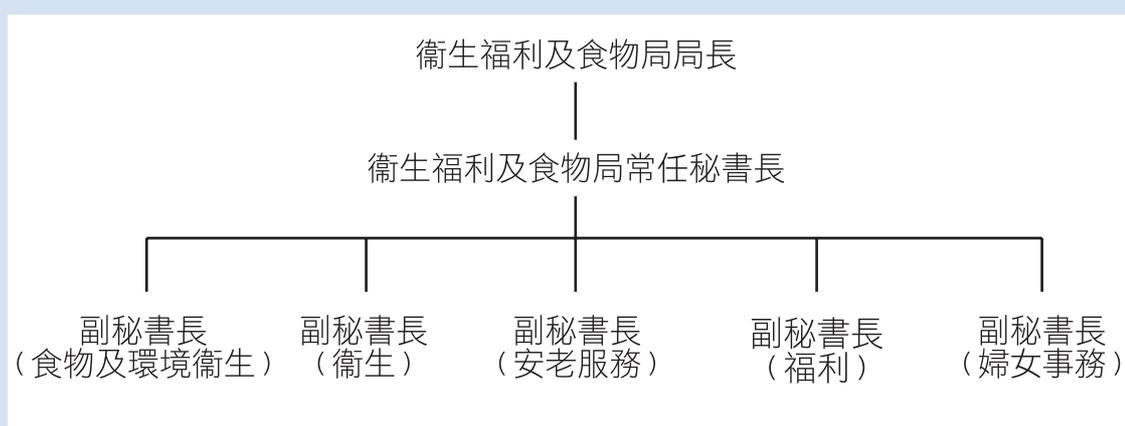
- ◆ 疾病監察和傳染病控制
- ◆ 預防性衛生計劃
- ◆ 公共衛生教育和促進健康工作

- ◆ 發展中醫藥
- ◆ 制訂公共衛生規例和發牌
- ◆ 港口衛生措施
- ◆ 控煙
- ◆ 家庭衛生和社會衛生服務。

2.19 衛生署由本身為醫護專業人員的衛生署署長率領，向衛生福利及食物局局長負責。在管理上，衛生署是向衛生福利及食物局負責。該署現時約有 7,200 名員工，二零零三至零四年度的周年財政預算約為 32 億港元。

2.20 《檢疫及防疫條例》(香港法例第 141 章)及其附屬法例為預防及控制對公共衛生有重大影響的傳染病，提供了法律依據，其中包括預防傳染病由外地傳入和散播。而《防止傳染病蔓延規例》(第 141 章，附屬法例 B)提供規管依據，以控制和預防傳染病在本港內部散播。衛生署署長可頒令把新出現的傳染病

圖表 2.4 衛生福利及食物局組織表



納入第 141 章附表 1 所列的傳染病，使第 141 章和第 141 章附屬法例 B 的各項條文規定亦適用於有關疾病。

醫院管理局

2.21 醫管局是一個獨立的法定機構，負責提供香港的所有公立醫院服務。根據《醫院管理局條例》，醫管局負責－

- ◆ 管理及掌管公立醫院
- ◆ 就公眾對公立醫院服務的需求及應付該等需求所需的資源，向政府提供意見
- ◆ 管理及發展公立醫院系統
- ◆ 設立公立醫院
- ◆ 促進、協助及參與教育及訓練參加醫院服務的人員的事宜。

2.22 醫管局這個獨立機構是由醫管局大會主導。醫管局大會的所有成員(包括主席)均由行政長官委任，其中有三名當然成員，即衛生署署長、衛生福利及食物局副秘書長和財經事務及庫務局副秘書長。

2.23 雖然醫管局在管理和掌管公立醫院方面獨立自主，但衛生福利及食物局仍須負責就提供公立醫院服務制訂整體政策，並為醫管局的服務提供撥款。醫管局須提供有效和快捷的公立醫院服務，並就此向政府負責。目前，醫管局一共管理 43 間醫院和機構，約有 53,000 名員工。二零零三至零四年度，醫管

局的周年財政預算約為 296 億港元。由二零零三年七月起，醫管局接管原本隸屬於衛生署的 59 間普通科門診診所。

公營和私營醫療服務

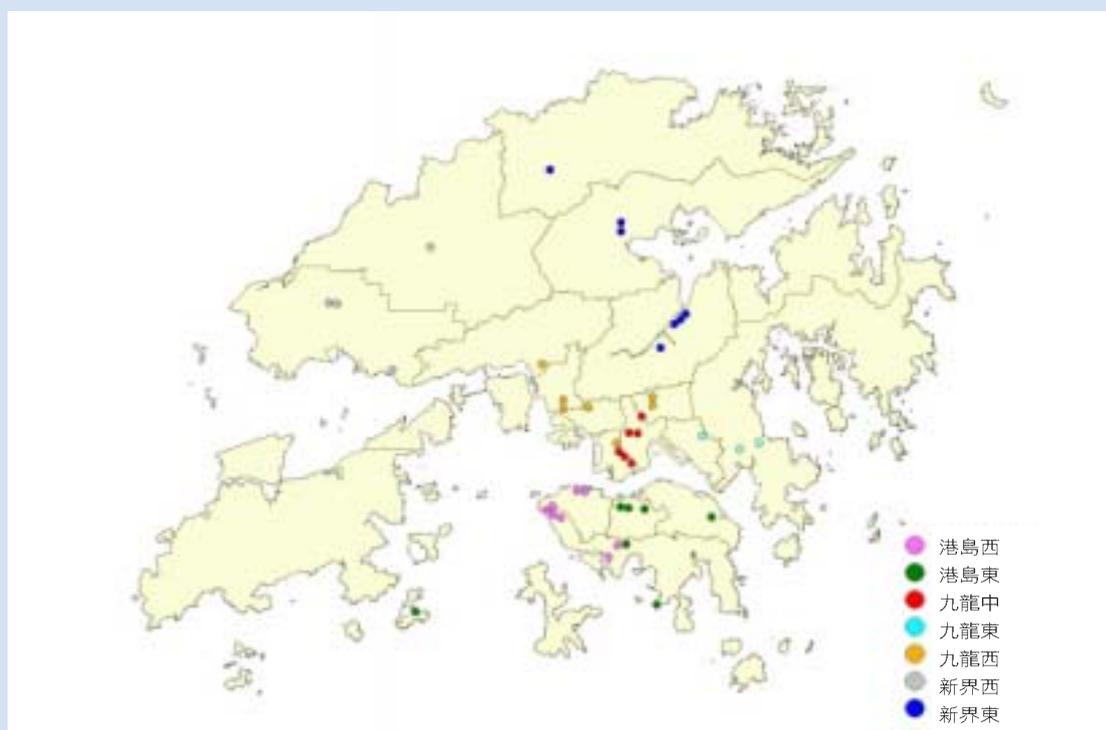
2.24 就提供醫療服務方面，包括基層健康服務，根據二零零二年的調查發現，在住院服務方面，有 82% 的住院人士入住公立醫院，餘下 18% 則入住私家醫院。病人住院日數方面，公立和私家醫院所佔的比例分別是 89% 和 11%。另一方面，私家醫生共提供 72% 的門診服務。因此，私營醫護機構在門診服務所佔的比重遠多於其住院服務。

2.25 截至二零零二年十二月，在香港醫務委員會註冊的醫生共有 10,731 人，而在香港護士管理局註冊的護士則有 43,383 人。全港共有 35,134 張醫院病牀，即每千名人口有 5.1 張病牀，其中 84%(29,505 張病牀)分布在醫管局轄下各間醫院。

為長者提供長期護理服務

2.26 本港現時有各種涵蓋醫療、衛生和社會服務的安老院和家居及社區照顧服務，提供予日常生活起居需要長期護理的長者。隨著長者人口的上升，為長者提供住宿照顧服務的安老院舍數目正不斷增加。香港的安老院舍均須向社會福利署取得經營牌照。

圖表 2.5 醫院管理局醫院聯網分佈圖



疫症期間的情況

2.27 由於衛生福利及食物局主管公立醫院服務的整體政策，以及因應政治、經濟和社會環境制定各項醫療政策，因此該局在疫症期間擬定了一套處理和控制綜合症的策略，協調醫療界各方的力量，並且監察香港的緊急應變工作。同時，根據《醫院管理局條例》負責管理及掌管公立醫院的醫管局，則在對抗綜合症方面，負責動員和管理各間公立醫院的資源。衛生署則依據衛生福利及食物局的政策方針，進行一切所需的公共衛生工作，包括疾病監察、追查曾與綜合症患者接

觸的人士、執行有關的公共衛生法例、與醫管局和醫療界聯絡、推行公眾教育，與世衛和國際社會保持聯絡，以及提供病理學的化驗服務。

大事紀要和主要議題

序幕：疫症爆發前的事件

廣東爆發疫症

3.1 香港爆發綜合症前，鄰近的廣東省曾爆發類似疫症。本地傳媒在二零零三年二月十日開始報道廣東省爆發類似肺炎的不尋常且致命的疾病，當地的疫情才曝光。報道謂疫症正迅速蔓延，民眾非常恐懼，爭相搶購抗生素和口罩。

3.2 香港的衛生署得悉傳媒的報道後，在二月十日致電廣州市衛生防疫站的衛生官員和廣東省衛生廳廳長，但聯絡不上。其後，該署傳真信件到上述兩個辦事處，查詢據報發生的疫症事件。隨後又再致電他們，但沒有回覆。衛生署署長最後向北京衛生部求助。

3.3 翌日(即二月十一日)，廣州市衛生局於上午十時三十分召開記者會，宣布以下事項－

- ◆ 廣東省省會廣州市受一種傳染性的非典型肺炎影響已有個多月
- ◆ 非典型肺炎個案超過 100 宗，病人大部分是醫護人員
- ◆ 所有病人正接受有效治療，病情已受控制

傳言造成恐慌

由於手提電話短訊和互聯網散播廣東省疫情告急的消息，到二零零三年二月十一日，香港公眾的恐慌加劇。省內搶購物品的熱潮傳至香港。由於有傳言謂以白醋燻蒸房間可以殺菌和有助預防肺炎蔓延，超級市場和雜貨店報稱白醋被搶購一空。據報中藥店的中草藥亦十分暢銷，因為中草藥據說可以增強身體免疫能力，尤其是有助預防肺炎。

- ◆ 有關生化襲擊或鼠疫的說法均屬謠言
- ◆ 呼籲公眾無須恐慌，切勿誤信謠言，避免無謂擔心。

3.4 同日(即二月十一日)，世衛宣布收到北京衛生部的報告，指“廣東省爆發急性呼吸系統綜合症，錄得 300 宗，五人死亡”；更進一步報知衛生部的一組人員正與廣東省衛生官員聯手調查這次疫症爆發事件，以及蒐集樣本作化驗分析。

預先警告有助及早防範疫症：一個重要的考慮因素

首批其後稱為綜合症的個案可能在二零零二年十一月發生於廣東省。委員會得悉，廣東省有關的衛生當局在二零零三年一月二十三日完成了一份非典型肺炎個案的專家調查報告。該份報告看樣子只供有限度傳閱。香港當局和世衛均沒有收到該份報告。

報告載述了專家對非典型肺炎個案的初步共識如下：

- ◆ 診斷：病因不明的非典型肺炎，源頭可能是病毒
- ◆ 流行病學特徵：報告說明了患者的年齡和性別分布情況，更載有流行病曲線圖，並指出疫症在一組地方和一羣人中出現。相信經呼吸道飛沫傳染，具某程度的傳染性
- ◆ 臨牀病徵：潛伏期約4天，由1至11日不等。症狀包括發燒、頭痛、關節痛、肌肉疼痛、不適和無痰乾咳。白血球數量沒有增加，少數患者的淋巴細胞減少。肺部X光檢查顯示不同程度的局部陰影
- ◆ 治療原則：報告說明了一系列治療方案供參考之用，包括使用皮質類固醇、抗病毒療法、中藥等
- ◆ 預防措施：把患者隔離在單人病房、消毒環境、保護醫護人員(戴口罩及洗手)、須盡速通報和作出調查，以及執行防止疾病蔓延措施
- ◆ 建議：廣東省衛生廳須提醒全省各地區密切監察疫情，盡速通報和調查新個案。報告更強調深切治療設施的重要性，認為應加強有關部門的人手和管理。

由此可見，專家報告所載列的資料，對控制和預防疾病方面的決策者至為重要。由於報告只供有限度傳閱，外界未有得到預先警告，故未能及早防範疫症。

香港的反應

3.5 二月十一日，香港發生了兩件重要事件。首先，衛生署署長基於廣州方面提供的資料和本地查詢結果，在當日傍晚召開新聞簡報會，向市民表示香港類似流行性感冒的疾病和呼吸道感染病症(包括肺炎)並沒有發現不尋常模式。不過，鑑於廣東省發生肺炎個案，衛

生署會密切監察情況。她亦提醒市民防範感染流行性感冒，尤其在一月至三月間流行性感冒處高峯期。

3.6 其次，醫管局總辦事處成立了一個工作小組，負責加強監察公立醫院的肺炎個案，以期能及早發出警告。由於醫管局轄下醫院的肺炎個案同期月份每月多達1,400宗，

廣東疫情的進一步資料

二零零三年二月十四日，世衛在其刊物《每周流行病記錄》就廣東爆發疫症提供進一步資料。該刊物報道廣東省的六個直轄市：佛山、河源、廣州、江門、深圳及中山，均接到有關個案的報告。報道又說：“至今為止，流行性感冒病毒的測試結果仍屬陰性”，但沒有再補充說明。

二月十八日，北京的中國疾病控制及預防中心報稱，導致廣東省爆發疫症的病源可能是**肺炎衣原體**。

工作小組決定集中監察較嚴重的肺炎類型，亦即是患者需協助呼吸或在深切治療部／加護病房接受治療。因此，工作小組命名為醫管局嚴重社區型肺炎工作小組，成員包括微生物學家、內科和深切治療部的專家，以及一名代表衛生署的社會醫學(傳染病)高級顧問醫生。工作小組議定一套程序，由醫管局向衛生署通報嚴重社區型肺炎的個案，以便衛生署進行流行病學調查及採取相關行動。其後，衛生署於二月十三日亦要求各私家醫院就嚴重社區型肺炎作出類似通報。

監察結果：禽流感個案

3.7 二零零三年二月十三日，醫管局轄下的瑪嘉烈醫院向衛生署通報一宗嚴重社區型肺炎個案，患者為一名33歲男子，曾與妻子、兩名女兒和兒子(9歲)前往內地的福建。其最年幼的女兒於一月二十八日在福建染上肺炎，並送往當地醫院，但最終於二月四日在福建病逝。他們一家返回香港，其中三人其後需入院治療－

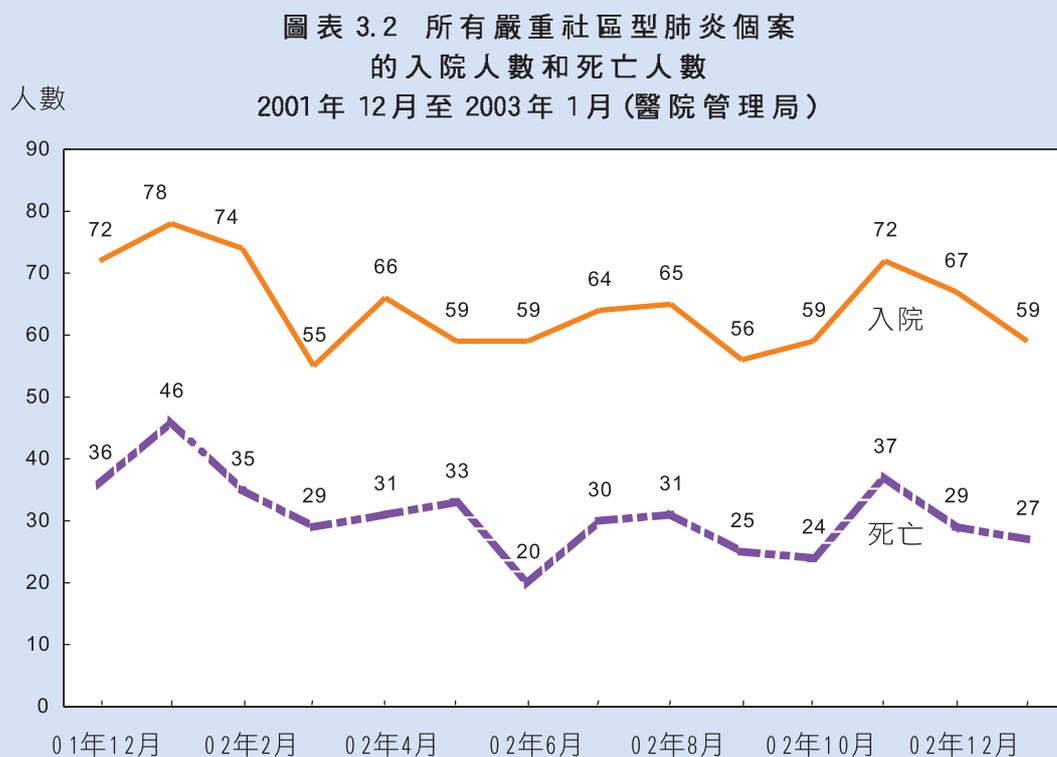
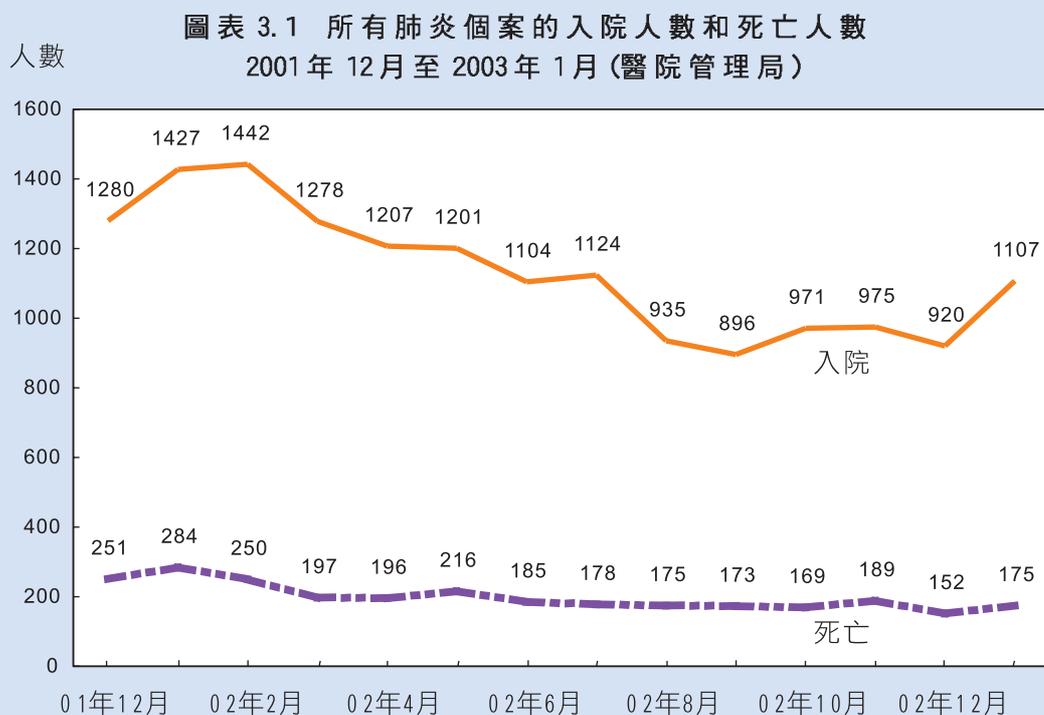
- ◆ 33歲男子：於二月十一日入院，最終於二月十七日病逝
- ◆ 9歲男童：於二月十二日入院，後來痊癒
- ◆ 男子的妻子：於二月十三日入院，後來痊癒。

二月十九日，衛生署的政府病毒科證實該名9歲男童感染禽流感(H5N1)，翌日再證實該名33歲男子同樣感染禽流感。

3.8 除在香港採取一系列公共衛生措施防止港人再感染禽流感(H5N1)外，衛生署亦知會了世衛和北京衛生部。世衛因此於同日向全球發出禽流感警示。

過往的肺炎個案趨勢

醫管局嚴重社區型肺炎工作小組曾進行研究，以確定香港過往的肺炎個案趨勢。研究結果載於下圖－



結論是這段期間香港的肺炎個案數目並無不尋常的上升。

監察結果：其他嚴重社區型肺炎個案

3.9 二零零三年二月二十七日，醫管局嚴重社區型肺炎工作小組召開會議，覆核所有在二月呈報的個案。截至二月二十六日止，發現共有 39 宗嚴重社區型肺炎個案。主要監察結果撮述如下－

圖表 3.3 嚴重社區型肺炎個案的監察結果摘要

(2003 年 2 月 1 日至 26 日)

◆ 男：女比例	1.4:1	
◆ 年齡 > 50 歲	72%	(28 人)
◆ 最近曾前往內地	36%	(14 人)
◆ 截至 2003 年 2 月 26 日的結果		
○ 死亡	31%	(12 人)
○ 已出院	13%	(5 人)
化驗結果－病原體		
○ 腺病毒	5.1%	(2 人)
○ 禽流感(H5N1)*	2.6%	(1 人)
○ 細菌	5.1%	(2 人)
○ 甲型流行性感冒	5.1%	(2 人)
○ 乙型流行性感冒	7.7%	(3 人)
○ 副流感	5.1%	(2 人)
○ 鸚鵡熱	5.1%	(2 人)
○ 立克次體屬	2.6%	(1 人)
○ 不詳	61.5%	(24 人)
合計	100%	(39 人)

* 只有該名感染禽流感的 33 歲男子列為嚴重社區型肺炎個案，其 9 歲兒子並無嚴重肺炎。

禽流感(H5N1)病毒的陰影

人類感染禽流感(H5N1)病毒的疫症於一九九七年在香港首次爆發，共有 18 人感染，其中六人死亡。後來在屠宰了全港一百五十多萬隻雞後，最終遏止了疫症。研究顯示，病毒的主要傳染途徑是禽鳥傳人，不易由人傳人。不過，日後若再爆發疫症，不能排除 H5N1 病毒的基因經突變後導致較易由人傳人。

在廣東省疫症爆發事件曝光前的兩個月，香港於二零零二年十二月十日宣布發現沙田彭福公園多隻已死的水禽感染禽流感病毒，公園因此需關閉一個月。約兩星期後，香港就九龍公園已死的水禽作出類似宣布。

人們難免將這些情況與二零零三年二月的兩宗人類感染禽流感(H5N1)的個案結合起來。當時亦有不少揣測廣東省的疫症可能由 H5N1 病毒引起，引導許多本地和國際的調查人員追尋一條錯誤的線索。

3.10 最突出的結果是，61.5% 的嚴重社區型肺炎個案均未能驗出病原體。這結果與過往情況相符，即香港約三分之二的非典型肺炎個案均病因不明。

廣州教授的個案

3.11 二月份病因不明的嚴重社區型肺炎個案中，包括來自中國廣州的一名教授。該名教授(AA)於二零零三年二月二十二日(星期六)，即來港參加親戚婚禮之後的一日，因嚴重肺炎入住醫管局轄下的廣華醫院，並於三月四日在醫院病逝。在三月中進行的流行病學研究，確定AA為香港M酒店疫症爆發的源頭病人。他只逗留了一晚的M酒店亦成為疫症在世界各地蔓延的源頭；受感染的住客和訪客，不知不覺中把綜合症傳播到他們前往的國家。

源頭病人的臨牀病歷

廣州醫院醫生AA在二零零三年二月二十二日往廣華醫院急症室求診。他被分類為“緊急”個案。他表示在二月十一日至十三日期間，曾接觸懷疑患上非典型肺炎的病人，並在二月十五日開始出現類似感冒的病徵。他自行服用抗生素，而病情亦見改善。他聲稱來港前已完全康復。診治記錄亦沒有證據顯示他曾向職員表示他的病具傳染性。

他在急症室的主要症狀為發燒和氣促，診斷結果為嚴重肺炎。他即時被送入深切治療部，由於臨牀情況急劇惡化，須用插管法幫助呼吸。病人由廣華醫院和瑪麗醫院(香港大學的教學醫院)的專科醫生和臨牀微生物學家會診。AA對積極治療法沒有反應，於三月四日終告不治。要到四月中診斷測試得出結果後，他才被證實患上綜合症。

嚴重社區型肺炎的處理

醫管局嚴重社區型肺炎工作小組於二零零三年二月十一日至三月十八日期間，共舉行了七次會議。二月二十一日，工作小組透過醫院感染控制人員對醫管局轄下的所有醫院發出了一份有關處理嚴重社區型肺炎的文件。這份指引文件亦上載醫管局讓員工登入的該局網址。指引文件是以“常見問題”的方式編寫，所包含的題目有下列幾項－

- ◆ 個案定義及嚴重社區型肺炎的背景個案數目
- ◆ 通報程序
- ◆ 化驗測試的安排
- ◆ 感染控制措施，特別強調飛沫預防：集中處理病人；保持三尺距離；手套和保護袍；口罩；洗手以及對環境和用具的消毒
- ◆ 抗病毒藥物的使用。

醫院的感染控制工作

3.12 AA經醫生診治後，再由急症室顧問醫生評估病況。入住深切治療部後，病人被送入隔離室，為他提供護理服務的人員均戴上N95口罩、穿上棉質保護袍和採取預防飛沫傳播和普及性預防措施。這些措施均符合醫管局嚴重社區型肺炎工作小組於二月二十一日發出的指引。

3.13 廣華醫院實施的感染控制措施顯然有效保護員工不受感染。流行病學調查結果顯示，在事件中，只有一名在急症室工作的醫護人員（註冊護士）可能受到 AA 感染。雖然她沒有和 AA 直接接觸，但當 AA 在急症室時，她曾照顧他隔鄰牀位的病人。該名註冊護士在二月二十八日入院，後來痊癒，並在三月十八日出院。她後來被證實屬於綜合症個案。

調查個案及追查曾與患者接觸的人士

3.14 在二月二十四日接報有關嚴重社區型肺炎個案後，衛生署九龍區辦事處派了一名公共衛生護士調查個案和追查曾與患者接觸的人士。由於 AA 當時已經插管，所以無法直接向他查問。但該名護士影印了他的臨牀記錄，並通過電話查問病人的妻子、女兒及妹妹 CC。明顯的是，AA 在出現症狀前的兩個星期並沒有接觸任何家禽。他沒有飼養任何雞、鴨或雀鳥，也沒有到過任何有飼養活家禽的市場。

3.15 個案調查的結果顯示，病人曾接觸 5 名家人：妻子、女兒和兒子（全部居於廣州）、妹妹 CC 和妹夫（二人均居於香港）。工作人員提醒病人所有家人須留意呼吸道感染症狀，並特別小心個人衛生。

AA 教授個案調查：事發紀要

二零零三年二月二十一日，AA (64 歲) 與妻子抵港，入住 M 酒店 911 號房（住了一晚）。當天下午，他們與 AA 的妹夫（即妹妹 CC 的丈夫）外出購物。

二月二十二日，AA 的兒子和女兒由廣州來港。AA 入住廣華醫院。其妻退房離開 M 酒店，與子女住在小姑 CC 家中。

二月二十三日，AA 的兒子（一直沒有出現症狀）返回廣州。

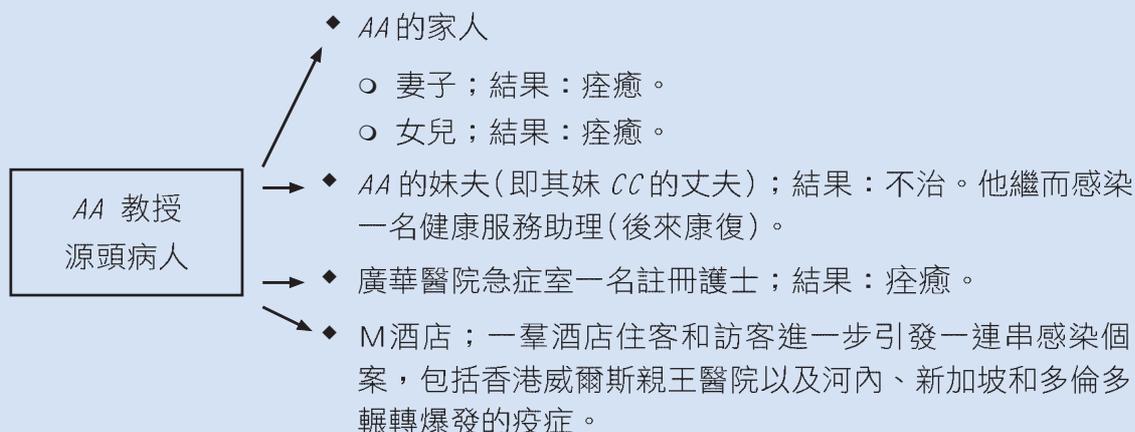
二月二十四日，AA 的妻子在接受衛生署查問時報稱發燒（體溫：攝氏 38.4 度）。向她查問的公共衛生護士建議她到急症室求診。不過，她表示希望回廣州就醫。當晚她與女兒返回廣州，其女兒當時並無病徵。

其後發展：AA 的妹夫

3.16 二月二十八日，AA 教授 53 歲的妹夫（即其妹 CC 的丈夫）經由廣華醫院急症室送進內科病房。臨牀表徵包括發燒和氣促。胸肺 X 光片顯示肺炎症狀。他的病情後來急轉直下；在三月四日，他需要插管和轉送到深切治療部。兩星期後，即三月十九日，終告不治。

連鎖感染：AA教授

利用流行病學調查得出的資料，AA教授引發的綜合症連鎖感染撮述如下－



3.17 衛生署九龍區辦事處其後進行流行病學研究，發現 AA 的妹夫可能是一名在其留醫病房工作的健康服務助理受到傳染的源頭。該名健康服務助理是唯一(亦是唯一的醫院員工)受該名病人傳染的人。該名健康服務助理於三月七日入住廣華醫院內科病房。三月十二日，她需要插管和轉送到深切治療部。她後來痊癒，於三月二十七日出院。

其後發展：妹妹 CC

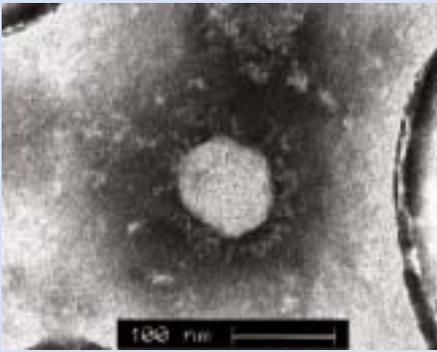
3.18 三月一日，妹妹 CC 到廣華醫院急症室求診，被送進內科病房。經診斷後發現其胸肺受感染，臨牀病況穩定。她接受抗生素治療後，在三月六日出院。她並非綜合症個案。

仁安醫院的個案

3.19 二零零三年二月二十二日，即廣州教授 AA 入住廣華醫院當日，另一名染上嚴重社區型肺炎的病人由沙田仁安醫院(私家醫院)轉送到威爾斯親王醫院。該名 49 歲的女病人曾在一月三十一日往廣州河南探望母親，並在當地出現發燒、發冷、咳嗽帶痰的症狀。她決定在二月十七日來港，並在同日入住仁安醫院。肺部 X 光檢查顯示有肺炎症狀。初時她在雙人內科病房內接受護理，但兩日後她愈來愈感到氣促，便被轉送到有負壓的單人隔離病房。護理人員只戴上手術用口罩，並採用噴霧器療法，以緩減其氣促的症狀。不過，她的臨牀情況繼續惡化，出現呼吸系統衰竭，並於二月二十二日被轉送到威爾斯親王醫院並直接進入深切治療部。

突破發現

AA教授 53歲的妹夫(即其妹 CC的丈夫)在廣華醫院留院期間曾接受肺部活組織檢查(切出肺部組織檢查)。根據這個樣本，香港大學微生物學研究小組有突破性科學發現：在二零零三年三月二十二日鑑定綜合症的病原體是一種新的冠狀病毒。該小組是全球首支獨立培植出該種病毒的研究隊伍。



綜合症冠狀病毒

在世衛把這個病症定名為嚴重急性呼吸系統綜合症後短短一星期，便有這個發現，進展異常迅速。這是人類對抗綜合症的首次重大勝利，為進行快速診斷測試和療法試驗開闢蹊徑。此外，通過基因圖譜和分子生物學的研究，亦加深人類對這種病毒的認識。

3.20 她在威爾斯親王醫院的病情逐漸好轉。入院十日後(即三月四日)，她的健康狀況足以不理醫生的勸告自行出院。她最後一次在仁安醫院接受檢查的日期為三月八日。後來，經比較血清樣本後，該名病人在四月被證實患上綜合症。

調查個案和追查曾與患者接觸的人士

3.21 衛生署新界東區辦事處於二月二十二日接獲醫管局有關該宗嚴重社區型肺炎個案的通知後，隨即進行流行病學調查，並追查曾與患者接觸的人士。該名病人四名親屬因曾在廣州與其會面，所以衛生署密切監察他們的身體狀況，但只有其中一名 42 歲女親屬最終被證實感染綜合症。

3.22 此外，一名曾在仁安醫院照顧該名病人的護士於二月二十二日感到不適，兩日後肌肉疼痛、咳嗽、發燒和發冷。她於二月二十七日入住瑪嘉烈醫院，並於三月五日完全康復出院。經比較血清樣本後，她於四月被診斷感染了綜合症。

3.23 另一名曾照顧感染非典型肺炎病人的仁安醫院護士，約於同一時間入住瑪嘉烈醫院。不過，她出現腸胃病症狀，而且經 X 光檢查證實肺部正常，根據臨牀診斷，並不屬於肺炎個案。她於三月五日出院，並沒有診斷感染綜合症。

3.24 至於威爾斯親王醫院方面，由於患者入院時已屬於嚴重社區型肺炎個案，因此院方採取了感染控制措施，包括飛沫預防措施。結果，在照顧該名最終證實感染綜合症的病人期間，沒有醫護人員受到感染。

由河內轉送的個案

3.25 二零零三年三月五日，衛生署接獲世衛通知，DD會由越南河內的法國醫院轉送香港作進一步治理。當時的調查顯示，該名病人染上乙型流行性感冒，並出現成人呼吸窘迫綜合症。衛生署與醫管局總辦事處和瑪嘉烈醫院聯絡，討論如何安排接收該名病人。DD在三月六日由國際緊急求救組織(International SOS)轉送香港，附帶的訊息指曾在河內照顧他的多名醫護人員均受感染，原因不明。他們都有發燒、不適和頭痛的症狀。因此，瑪嘉烈醫院安排把DD直接送到深切治療部。儘管經過積極治療，DD的病情繼續惡化，在三月十三日終告不治。後來證實DD曾入住M酒店屬於曾與AA教授接觸的人士，繼而成為河內爆發疫症的源頭。

醫院的感染控制工作

3.26 在DD接受治療期間，瑪嘉烈醫院實施嚴格的感染控制措施。DD被送到深切治療部有負壓設施的單人病房，同時，在該病房工作的所有醫護人員均須佩戴手術用／N95口罩、手套和護眼罩／面罩。醫院又執行普及性預防措施。此外，把負責照顧該名病人的醫護人員數目減至最少。

3.27 結果，在該次事件中，瑪嘉烈醫院沒有醫護人員受到感染。

個案調查和追查曾與患者接觸的人士

3.28 由於DD病重，不能接受查問，衛生署於是在三月七日嘗試向DD的妻子索取資料，但她未準備好接受查問。衛生署翌日再接觸她。不過，她無法提供丈夫所到之處的詳情。綜合各項資料後，最後得知DD在一月中由美國到上海，在二月初來香港。他之後飛返上海，然後又再回港。他在二月二十五日往河內前已有類似感冒的症狀，翌日(即二月二十六日)入住河內的法國醫院，病情急轉直下，由三月二日起一直要用儀器協助呼吸。

3.29 衛生署的調查確定曾與DD接觸的人士包括他的妻子和四名親友，其中兩人住在上海。衛生署密切監察DD的妻子和兩名在港的親友的健康狀況，並且提供個人衛生和預防呼吸道感染的健康指引。三人在監察期滿時均沒有出現綜合症症狀。

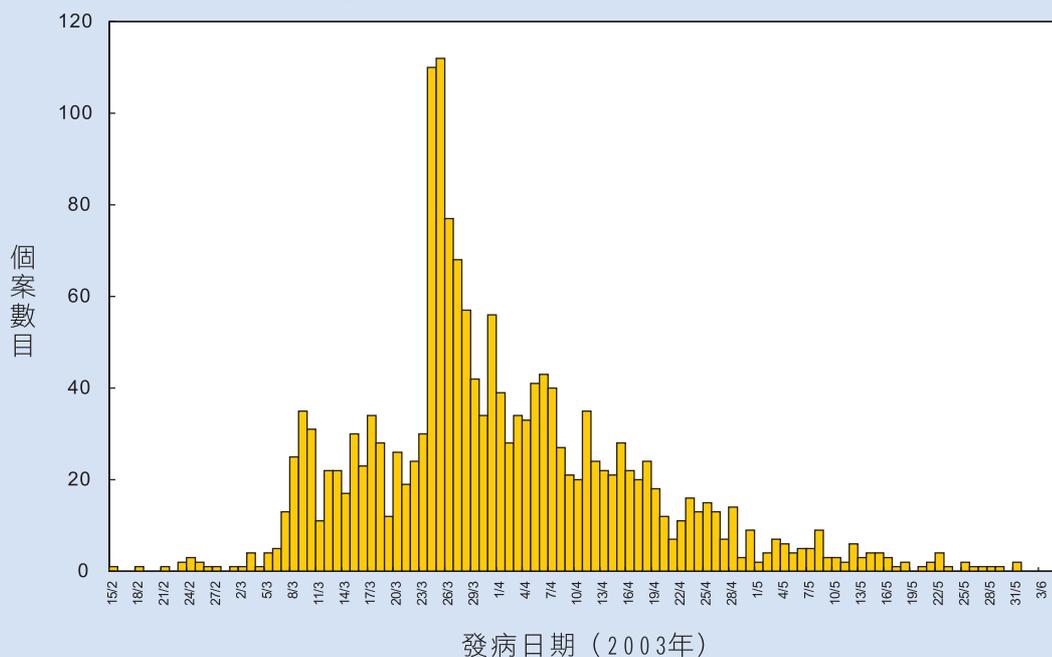
疫症爆發

整體情況

3.30 香港在二零零三年三月十日爆發綜合症，當日威爾斯親王醫院 8A 病房共 11 名醫護人員同日放病假，後來發展為一場嚴重和持續多時的疫症，在約三個月的期間內共有 1,755 人感染綜合症。最後一宗綜

合症的病人自六月二日起在醫院接受隔離，當局在六月十一日證實和報告這個個案。自最後一宗綜合症個案接受隔離後 20 日(即潛伏期的兩倍時間)不再出現新個案，顯示連鎖感染已經切斷和終止，因此世衛在六月二十三日把香港從疫區名單中除名，亦正式宣布這場疫症結束。

圖表 3.4 香港的綜合症個案
按發病日期編製的流行病曲線圖



威爾斯親王醫院爆發疫症

3.31 威爾斯親王醫院位於新界東部，是一間設有 1,200 張病牀的公立醫院，也是香港中文大學的教學醫院。威爾斯親王醫院在爆發綜合症時，沒有人知道有一種新冠狀病

毒的存在，更遑論這種病毒的傳染時間和程度。此外，有關症狀的模式也仍未界定；世衛在三月十五日首次描述綜合症的症狀，其後又根據對綜合症冠狀病毒逐漸累積的科學知識，作出不少修訂。

3.32 在威爾斯親王醫院爆發疫症中共有 239 人受影響，威爾斯親王醫院爆發綜合症的流行病曲線圖見圖表 3.5。

二零零三年三月十日(星期一)

3.33 疫症在三月十日曝光。醫院管理層接報 11 名在 8A 病房工作的醫護人員(包括七名醫生和四名護士)同時間放病假，懷疑可能爆發傳染病。8A 病房即時關閉，停止接收病人和不准探訪。

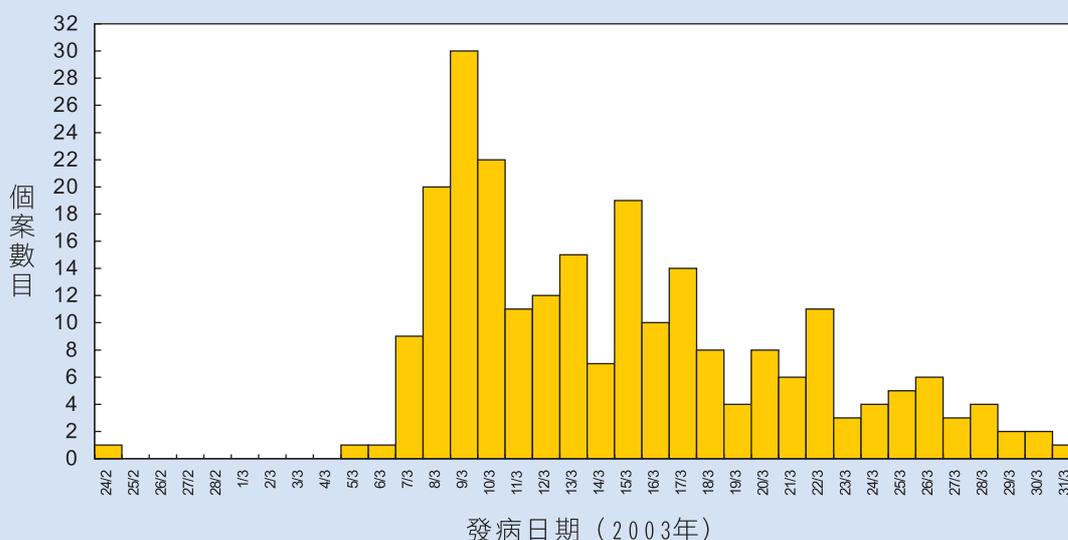
二零零三年三月十一日(星期二)

3.34 翌日(即三月十一日)，傳媒報道威爾斯親王醫院的患病醫護人員出現呼吸系統感染的症狀。衛生署新界東區辦事處主動聯絡醫院管理層，證實在 8A 病房工作的職員

放病假的模式並不尋常。醫院在當日上午較後時間舉行特別會議，與會者包括臨牀人員、感染控制小組、醫院管理層，以及衛生署新界東區辦事處的首席社會醫學醫生。會上討論的相關要點包括－

- ◆ 8A 病房放病假的醫護人員已增至 14 名
- ◆ 並無發現 8A 病房的住院病人有不尋常的疾病模式
- ◆ 8A 病房會繼續停止接收病人
- ◆ 把不准探訪的政策修改為接受有限制的探訪，訪客須戴上手術用口罩，穿著即棄保護袍和即棄手套
- ◆ 召回所有放病假的醫院職員，接受身體檢查

圖表 3.5 威爾斯親王醫院爆發疫症
按發病日期編製的流行病曲線圖



- ◆ 衛生署新界東區辦事處會利用特別設計的問卷，對患病的醫護人員進行流行病學研究。研究內容包括他們的臨牀病歷、曾前往的地方和接觸過的人、在病房的活動情況，以及曾與他們有密切接觸人士的健康狀況等，以便據此確立個案定義和估計潛伏期。

3.35 直至晚間，有更多醫院職員發病，包括三名前一個星期曾到過 8A 病房的心肺外科醫生。顯著的是當時已完成兩項關鍵工作。首先，衛生署新界東區辦事處已查問了 36 名放病假的醫院職員中的 26 人，可以進行流行病學分析。發現主要的症狀是發燒和發冷。衛生署囑咐他們及早治療和注意個人衛生。至於另外的十名當時無法接觸或拒絕接受查問的職工，期後亦有進行跟進。

3.36 其次，醫院管理層把所有放病假的醫護人員都召回醫院接受身體檢查。當時人數已增至 50 人，其中 23 人被評估為須即時入院；當中 15 人發燒超過攝氏 38 度，其餘 8 人的胸部 X 光片呈肺炎跡象。第一批 23 人入住由急症室改作隔離用途的觀察病房內接受隔離。至於未發病或未入院的人員，則須翌日返回醫院在急症室特別設立的甄別診所接受檢驗。這間甄別診所亦為發燒和懷疑染上非典型肺炎的其他職員診症和檢查身體。

醫院探訪政策

把威爾斯親王醫院 8A 病房的不准探訪政策改為限制探訪是基於以下三個理據 –

- ◆ 感染的源頭或病原體當時仍未得到確定，加上廣泛的傳媒報道都令 8A 病房的病人極度焦慮不安。若繼續執行不准探訪政策，可能導致病人不遵從醫生勸告自行出院，增加把疫症蔓延至社區的危機
- ◆ 不准探訪政策對潛在病人來說也會起阻嚇作用，使他們不願及早入院求診
- ◆ 妥善的預防飛沫傳染措施，即是使用口罩、保護袍和手套，足以提供訪客足夠的保護。

二零零三年三月十二日(星期三)

3.37 衛生署和醫管局繼續加強行動，以遏止疫症蔓延和控制感染。衛生署新界東區辦事處成立特別控制小組，處理有關威爾斯親王醫院爆發疫症的事宜，包括跟進個案、追查和監察曾與患者接觸的人士、進行流行病學分析，以及防止疫症擴散至社區。

3.38 威爾斯親王醫院採取了下列措施 –

- ◆ 把醫院主樓 8 樓(8A 病房所在地)劃為禁區
- ◆ 把指定的病房劃為集中護理病房，供懷疑和證實染上非典型肺炎的病人入住
- ◆ 把醫護人員分為“不潔”和“潔淨”小組，前者負責照顧非典型肺炎病人，後者負責照顧所有沒有患上非典型肺炎的病人，兩組的員工不得對調。此舉的目的是防止員工之間互相傳染，也避免與病人交叉感染
- ◆ 成立疾病控制中心，統籌資料的收集和通報，以及與衛生署交換個案追蹤及疾病控制的資料。

流行病學調查初步結果

二零零三年三月十二日，衛生署新界東區辦事處的首席社會醫學醫生就威爾斯親王醫院染病員工進行的流行病學調查發表初步結果，如下 –

- ◆ 估計潛伏期為 1 至 7 天
- ◆ 傳播方法很可能是通過飛沫和污染物，即透過受身體分泌物污染的物件。

當局根據發燒和發冷這些臨牀症狀，制訂個案界定方法，主動追查個案和進行監察。

二零零三年三月十三日(星期四)

3.39 為改善溝通和協助疫症的調查工作，衛生署新界東區辦事處派出一隊人員駐守威爾斯親王醫院，初時包括一名經驗豐富的醫生和兩名護理人員。他們先查問 8A 病房的病人，以便找出疫症的源頭，以及評估疫症蔓延至其他病人的風險。此外，威爾斯親王醫院為處理疫症，推行進一步的控制措施 –

- ◆ 暫停非緊急的外科手術、日間服務和心臟專科門診服務
- ◆ 醫療緊急事故中的病人如並非屬肺炎個案，會分流至鄰近的雅麗氏何妙齡那打素醫院和北區醫院
- ◆ 提高飛沫傳染控制指引和措施
- ◆ 開始為員工舉辦一星期兩次的感染控制培訓課程
- ◆ 舉行“非典型肺炎聯網會議”，每日兩次，訂立工作方向以及就疾病和感染控制作出有關的決定

全球通報

二零零三年三月十二日最重要的事件無疑是世衛在當日(日內瓦時間)發出的公布。

根據衛生署提供有關威爾斯親王醫院爆發傳染病的資料，世衛向全球發出通報，指越南、香港和中國廣東省出現原因不明的急性呼吸系統感染個案，疾病似乎特別威脅醫護人員。

二零零三年三月十四日(星期五)

3.40 衛生福利及食物局局長召開和主持衛生福利及食物局專責小組首次會議。會議集中討論下列事項－

- ◆ 修訂個案定義，加入發燒超過攝氏 38 度這項症狀
- ◆ 需要為威爾斯親王醫院的個案、河內轉介的個案，以及東區尤

高層檢討

衛生福利及食物局局長於二零零三年三月十三日檢討威爾斯親王醫院的疫症爆發情況。與會者包括一位以世衛代表身分出席會議的美國亞特蘭大疾病控制及預防中心資深專家、衛生署署長和醫管局行政總裁以及他們的屬下人員、以及公共衛生和臨牀專家。會議的有關要點撮錄如下－

- ◆ 會上呈交關於本地肺炎個案的監察資料，主要的觀察結果是社區的肺炎個案並無不尋常的增加
- ◆ 據觀察所得，其他醫院並無出現類似威爾斯親王醫院的疫症爆發
- ◆ 匯報威爾斯親王醫院爆發疫症的資料。與會者同意－
 - 衛生署和醫管局會攜手合作調查疫症，包括交流化驗所樣本
 - 加強監察個案和追查曾與患者接觸的人士
 - 衛生署和醫管局會通知屬下部門、分科或小組，確保遵守傳染病指引
 - 要保持和加強與世衛、內地和美國亞特蘭大疾病控制及預防中心交流資訊
 - 衛生福利及食物局局長會領導一個督導小組，以協調控制疫症爆發的工作，及加強資訊的交流
 - 衛生署副署長會率領一個專家小組，成員包括衛生署、醫管局、香港大學、香港中文大學和世衛專家，以集中進行調查。

[註：為提高運作效率，督導小組和專家小組後來合併為一個專責小組，稱為衛生福利及食物局專責小組，由衛生福利及食物局局長主持，衛生署、醫管局、香港大學、香港中文大學和世衛的專家均有參與。]

德夫人那打素醫院和一間私家診所的染病醫護人員，進行進一步的流行病學和化驗調查

- ◆ 把追查曾與患者接觸人士的工作列為流行病學調查及控制措施的一部份
- ◆ 感染控制措施，特別是如何預防飛沫傳染
- ◆ 治療經驗顯示，高劑量的類固醇加利巴韋林對某類病人具顯著療效
- ◆ 在向公眾發放消息時指出肺炎在香港是常見的疾病，而且在約半數個案中找不到病原體。

3.41 在三月十四日下午，衛生福利及食物局局長舉行首次每日新聞簡報會，以示當局以開放和具透明度的態度處理疫症。會上提供了兩項主要信息－

- ◆ 香港平均每月共出現 1,500 至 2,000 宗肺炎個案。當時的監察數據顯示，社區的肺炎個案並無不尋常或不正常的增長。
- ◆ 政府正對似乎特別威脅醫護人員的四個非典型肺炎個案羣展開調查：
 - 威爾斯親王醫院個案羣，有大批員工受到影響
 - 東區尤德夫人那打素醫院，有六名員工受到影響

衛生福利及食物局局長首次重要講話記錄(二零零三年三月十四日)

衛生福利及食物局局長說：“香港每月有 1,500 至 2,000 宗肺炎，約有一半個案我們都能夠找出發病的細菌，但另一半則不能夠。這個模式沒有改變，而我們的情況與其他已發展國家的經驗十分近似，所以並不可以說社區上爆發了肺炎，亦因為這個原因，我們在昨天提到特別留意某羣組人士。我們並非說疫症[不]會在社區爆發，或不會蔓延至社區。我們希望指出，這些社區肺炎看來都有一個非常非常特別的情況，就是似乎特別影響照顧這些病人的醫護人員，以及與病人有十分密切接觸的家屬。”

- 在越南感染了多名醫護人員並隨後由河內轉到香港的病人
- 一名私家醫生和其三名護理人員報稱在診治一名病人後感染肺炎的個案。

3.42 到了三月十四日晚上，衛生署新界東區辦事處和威爾斯親王醫院的小組一同證實，8A病房一名住院病人 JJ 是威爾斯親王醫院爆發疫症的源頭病人。由於院方在診治時有所懷疑，因此已在前一天把該名病人遷往 8A 病房內的獨立隔離室。兩個小組也認為應追查曾與 JJ 有接觸的人士，又同意分工如下－

- ◆ 醫院管理層會追查曾與源頭病人 JJ 接觸的醫院職員、醫科學生和住院病人
- ◆ 衛生署新界東區辦事處會追查曾與源頭病人 JJ 接觸的醫院訪客和已出院病人

3.43 同日，威爾斯親王醫院管理層決定所有內科病房停止接收非緊急病人。

二零零三年三月十五日(星期六)

3.44 在三月十五日，由於接報亞洲多個國家爆發一種呼吸疾病，世衛罕有地發出一項緊急旅遊警告，宣告一種名為嚴重急性呼吸系統綜合症的疾病正威脅世界各地人士的健康。

3.45 世衛定義綜合症懷疑個案為一個人有發燒(體溫達攝氏 38 度以上)，有下呼吸道病徵，曾與相信染上綜合症人士有接觸或曾到過有綜合症傳播的地區。如懷疑個案人士的胸肺 X 光檢查顯示肺炎徵狀、有呼吸窘迫綜合症，或者任何人士由於原因不明的呼吸系統疾病致死而屍體剖驗顯示病理上有呼吸窘迫綜合症但病源不明，則界定為可能個案。

3.46 雖然在三月十五日發出的緊急旅遊警告並沒有向會員國提出限制到某目的地旅遊的建議，所有的建議旨在透過專業界和大眾的警

開放和具透明度

世衛曾多次公開讚揚香港，以開放和具透明度的態度來處理疫症。從二零零三年三月十四日(星期五)由香港特區行政長官擔任主席的每周高級官員會議上作出的三個策略性決定，可見香港政府一直堅守“誠為上策”。該三個決定包括－

- ◆ 應每日向市民發放疫情的消息
- ◆ 應向市民提供預防措施的指引
- ◆ 香港應與國際組織密切合作，並在有需要時尋求專家協助。

覺，提高對疾病的監察和快速執行個案管理，以防止疾病在國際間散播。世衛其後在四月二日發出針對香港和廣東省的旅遊警告。

二零零三年三月十六日(星期日)至三月二十三日(星期日)

3.47 在三月十六日至三月二十三日期間，與威爾斯親王醫院爆發疫症有關的重要事件總結如下－

- ◆ 三月十六日
 - 隨着世衛在三月十五日發出警告，衛生署新界東區辦事處及威爾斯親王醫院修改個案定義，將胸肺 X 光片出現肺炎作為新加的考慮因素。

尋找源頭病人

二零零三年三月十四日，衛生署新界東區辦事處及威爾斯親王醫院兩個小組在不斷努力下終於有了結果，他們利用過去數日累積得來的線索成功地找出 JJ 便是醫院爆發疫症的源頭病人。在三月十一日晚上進行的流行病學研究顯示，曾探訪 8A 病房但非在該病房工作的醫科學生和部分職員，也受到感染。其後與這些人士的會面顯示，他們只不過是前往 8A 病房巡視某些病人。三月十三日，兩個小組着手翻查 8A 病房自二月中旬的住院病人和曾患有呼吸系統疾病或原因不明發燒但已出院的病人的接觸記錄及病歷。在翻查過程中，發現 JJ 的發病日期最早，因此被認定為懷疑源頭病人。

JJ，26 歲，於三月四日入住威爾斯親王醫院 8A 病房，並診斷染上社區型肺炎。他表示自二月二十四日起，便已有發燒、發冷及顫慄的症狀。病人住院六天後，發燒及胸肺情況逐漸改善。在這段期間，JJ 毋須使用輔助呼吸器或者進入深切治療部或加護病房接受治療（雖然在三月六日至十二日期間，院方為他進行噴霧治療）。因此，院方從未把他列作嚴重社區型肺炎病人。他入住 8A 病房沒有引發感染控制措施（包括飛沫傳染控制措施）；同樣地亦沒有引發個案調查和追查與他有接觸的人士。

衛生署小組發現，JJ 的三名親屬分別因為發燒而在三月十三日深夜及十四日清晨入住威爾斯親王醫院。此外，又發現第四名親屬於前一天入住浸信會醫院。小組因此特意查看發病員工曾與 JJ 接觸的詳細記錄，很快就確定病倒的醫護人員與 JJ 之間的連繫。因此，當晚確定 JJ 便是威爾斯親王醫院爆發疫症的源頭病人。最後，發現 JJ 因為曾前往 M 酒店而受到 AA 教授感染。

其後在三月十八日確定，為 JJ 進行噴霧治療是引發 8A 病房廣泛感染的主要原因。合共有 143 人由於與 JJ 有直接接觸而受到感染，人數如下－

病人類別	人數
醫護人員	50
醫科學生	17
8A 病房病人	30
8A 病房訪客	42*
JJ 的親屬	4
總計	143

*42 名訪客全部都在三月十日或之前到過 8A 病房

追查接觸者的工作量

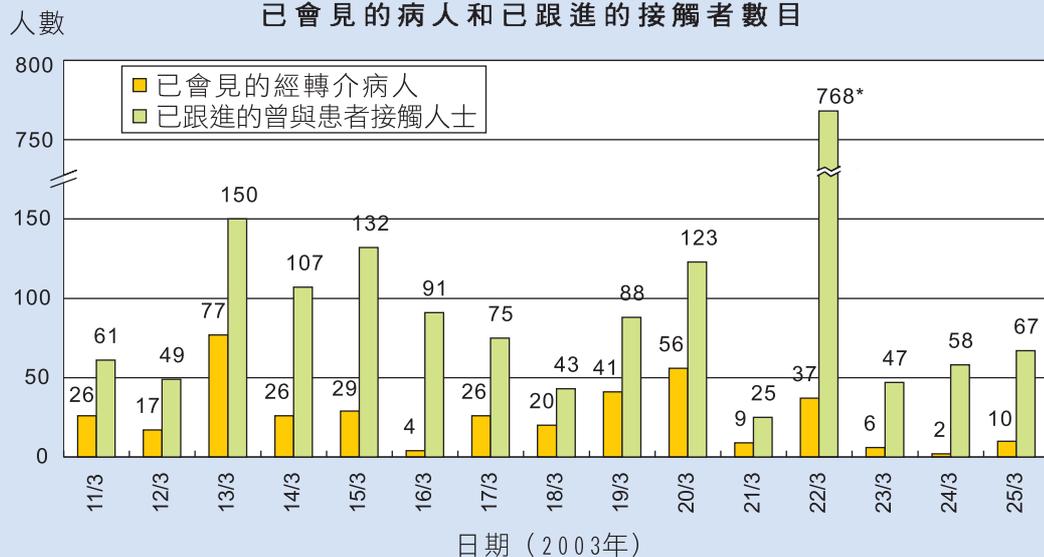
威爾斯親王醫院爆發疫症期間，衛生署新界東區辦事處每天接見醫院醫生轉介的病人，如病人病情嚴重，便會接觸了解該病人情況的人士。透過這些方法可確定曾與患者接觸的人士的資料。

一經識別，曾與患者接觸的人士便須接受兩項指定的公共衛生措施，詳情如下－

- ◆ 他們須接受甄別是否出現感染的症狀。如沒有症狀，則提醒他們留意可能出現的症狀，並進一步提醒他們，一旦感到不適，便須與新界東區辦事處聯絡。此外，亦會就個人衛生和預防呼吸道感染的措施向他們提供指引
- ◆ 所有曾與患者接觸的人士均須接受健康監察，在疫症爆發初期為期14天，後因掌握了有關綜合症病毒的潛伏期而將監察期改為十天，由與患者接觸的最後一天起計。

就威爾斯親王醫院爆發疫症而追查接觸者的初期工作量記錄如下－

**圖表 3.6 威爾斯親王醫院爆發疫症
已會見的病人和已跟進的接觸者數目**



*私家醫生 PP 的診所爆發疫症，源頭病人來自威爾斯親王醫院，因為曾到訪該診所的人數眾多，所以引發這數字。

截至二零零三年三月二十五日，衛生署新界東區辦事處會見了 386 名病人（其中 134 人最後證實感染綜合症），並跟進了 1,884 名曾與患者接觸的人士（其中 59 人最終證實感染綜合症）。

醫院運作的決定

威爾斯親王醫院受疫症爆發嚴重打擊，最終共有 87 名醫護人員受感染。特別是內科部，受感染的人員最多，共有 15 名醫生受感染。由於疫情瞬息萬變，必須不斷評估該院是否可以繼續安全地為市民提供服務。

新界東聯網行政總監向委員會提交資料時，強調二零零三年三月十三日成立的“非典型肺炎聯網會議”是最高的決策機構。他指出，這個議事組織每天開會兩次，醫院運作的決定是在會議上集體達成的。會議的成員包括聯網的高層管理人員、部門主管(大都是香港中文大學教授人員)、各臨牀主管、感染控制組主管，以及香港中文大學醫學院院長。他亦詳述了需要醫管局總辦事處不同程度的參與，特別是需要醫管局總辦事處協調或批准的事宜，如把緊急的個案分流至其他醫院，以及關閉急症室等。

根據上述架構和醫管局總辦事處的參與，當局作出以下連串決定，逐步減少提供服務和醫院運作規模－

- 三月十三日
 - ◆ 暫停非緊急外科手術、日間服務及心臟專科門診服務
 - ◆ 把非肺炎病例但急需治療的病人分流至附近的雅麗氏何妙齡那打素醫院和北區醫院
- 三月十四日
 - ◆ 內科部停止接收病人
- 三月十七日
 - ◆ 把所有緊急入院個案分流至新界東區以外的其他醫院
- 三月十九日
 - ◆ 完全關閉急症室，暫停所有急診和接收新症，直至三月三十日。作出這個決定，部分是由於對深切治療部病牀的需求急升。當時發現不少病人入院後第二個星期病情開始惡化，必須在深切治療部／加護病房治療。

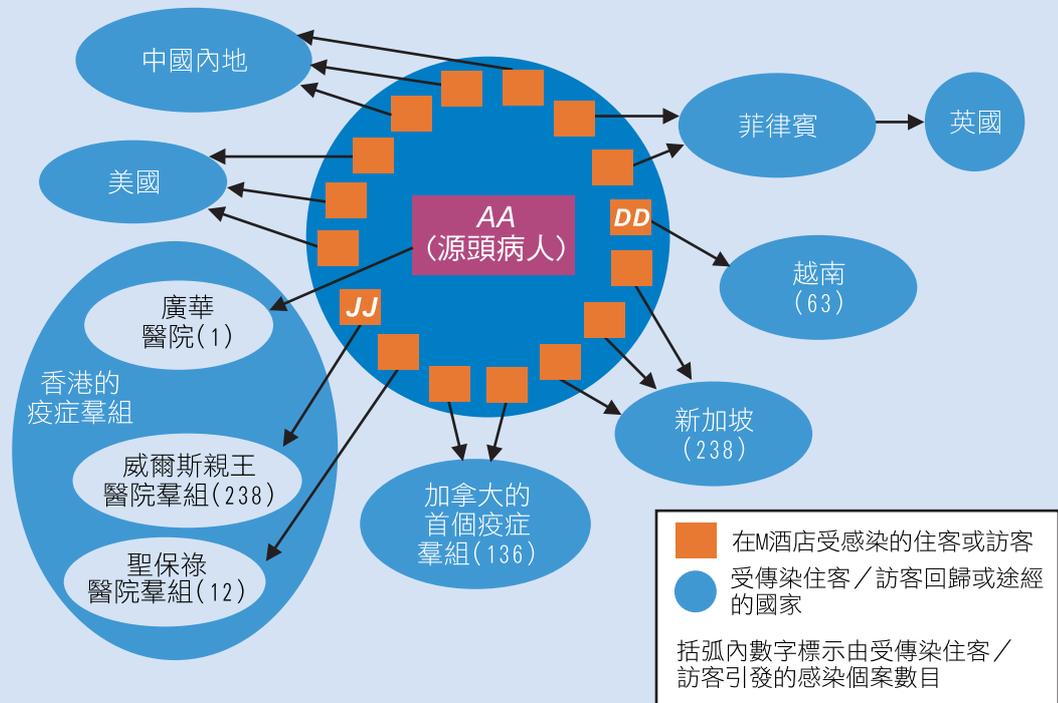
- ◆ 三月十七日
 - 威爾斯親王醫院將所有緊急的醫療個案轉介到新界東聯網以外的醫院，最終在三月十九日關閉急症室。
- ◆ 三月十八日
 - 向源頭病人使用噴霧器治療被確定為引致綜合症在 8A 病房廣泛擴散的重要原因，在翌日(即三月十九日)醫管局總辦事處在醫管局處理綜合症的指引中發出使用噴霧器的警示。
- ◆ 三月十九日
 - 衛生署發表有關綜合症在 M 酒店的一連串感染的情況，亦確定威爾斯親王醫院爆發疫症的源頭病人與該感染羣組有關。

拼綴 M 酒店的疫情拼圖

世衛在二零零三年三月十二日發出有關急性呼吸系統綜合症個案的全球警示，有助拼綴 M 酒店疫情拼圖。三月十三日，衛生署接獲新加坡政府的報告，有三名新加坡人在二月底來港後感染肺炎，並已送入當地公立醫院就醫，當時尚未找出病原體，但他們在留港期間曾入住 M 酒店。三月十八日，從加拿大接獲三宗情況相若的個案資料，其中一人也曾入住 M 酒店。

由於這兩宗報告都顯示與 M 酒店有關連，衛生署遂深入研究嚴重社區型肺炎個案和威爾斯親王醫院個案的記錄，並再次與病人晤談。三月十九日，發現其中七名病人與 M 酒店有關，包括來自廣州的教授、威爾斯親王醫院爆發疫症的源頭病人，以及聖保祿醫院爆發疫症的源頭病人。他們曾在同期間入住或到訪 M 酒店同一樓層。由於該名廣州教授最早出現症狀，所以確認他為源頭病人。政府於當晚舉行記者招待會，公布關於 M 酒店羣組的調查結果和這羣組的連串感染個案。

三月二十日，世衛通知衛生署，來自河內的病人 DD 也在同一期間入住 M 酒店。此時，疫情拼圖的主要組件已大致拼綴完成，正式確定在加拿大、新加坡和越南輾轉爆發的綜合症與 M 酒店有關連。其後經積極追查個案，並在有關領事館協助下，發現了更多個案。由 M 酒店擴散的連鎖感染如下圖所示：



- ◆ 三月二十日
 - 醫管局行政總裁與威爾斯親王醫院管理層及香港中文大學醫學院開會，就他們擔心社區擴散及需要進行緊急追查曾與患者接觸的人士進行討論。該會議是由於有兩位分別來自大埔區及沙田區的普通科醫生 *PP* 及 *MW* 需要入院而引發。他稍後於深夜聯絡衛生署副署長，表達需要加強追查曾與患者接觸的人士和在社區進行疾病控制的工作。
- ◆ 三月二十一日
 - 衛生署副署長到訪威爾斯親王醫院，並進一步加強駐院的衛生署追查隊人手，包括增加一名資深首席醫生，衛生署亦將監察探訪者是否有綜合症症狀的工作擴展到所有急性內科病房的探訪者。
- ◆ 三月二十二日
 - 香港大學宣布發現一種新的冠狀病毒是引發綜合症的病原體。
- ◆ 三月二十三日
 - 醫管局行政總裁在過去兩週內八次到訪威爾斯親王醫院後，在當天因懷疑染上綜合症而入住瑪麗醫院。
 - 衛生署獲通知有一對於日前開始發燒的夫婦入住醫管局轄下的屯門醫院。他們在三月十五日至十九日參加旅行團到北京旅遊的期間已出現病徵。在追查曾與患者接觸的人士的過程中，發現部份其他團員亦出現症狀。最終發現在三月十五日飛抵北京的一班航機上共有 23 名乘客及兩名機組人員受到感染。感染的源頭最後追溯至一名曾在三月四日至九日期間到訪 8A 病房的北京居民，該名人士在三月十一日發病。

其他醫療機構的疫情

3.48 世衛在二零零三年三月十二日(日內瓦時間)向全球發出的警示，令醫療界對病因不明、似乎特別威脅醫護人員的急性呼吸系統綜合症個案提高了警覺。在三月十三日至二十一日期間，衛生署接報或從傳媒報道得知，除威爾斯親王醫院以外，有六間醫療機構出現小型爆發，包括兩間公立醫院、兩間私家醫院和兩間私家診所。

二零零三年三月十三日接獲的報告：東區尤德夫人那打素醫院和旺角一間診所

3.49 三月十三日，衛生署獲悉兩宗報告，首宗是醫管局轄下港島東區尤德夫人那打素醫院發出的通報，指該院六名來自同一病房的醫護人員感染非典型肺炎。第二宗是香港西醫工會會長接受傳媒的訪問，內容指一名在旺角執業的普通科醫生 KK 和他的兩名護士懷疑感染非典型肺炎，KK 其後入住瑪嘉烈醫院。

圖表 3.7 2003年3月13日至3月21日期間醫療機構
(威爾斯親王醫院除外)出現小型疫症爆發分佈圖



3.50 同日，衛生署的分區辦事處展開流行病學調查和追查曾與患者接觸的人士。港島區辦事處負責調查東區尤德夫人那打素醫院的疫情，而九龍分區辦事處則調查涉及旺角診所的個案。

3.51 其後發現，東區尤德夫人那打素醫院疫情的源頭個案為一名經常到華南地區的中年歲男士 LL；他最近在二月二十二日至二十三日到過中山。據報，他在途中開始發燒；在三月二日入住有關的病房，其間發燒、咳嗽和有痰。三月七日，他的臨牀狀況惡化，轉到加護病房，兩日後開始插管。LL的病情繼而急轉直下，在三月十六日去世。當時曾進行徹底的化驗調查，並無發現任何病理生物。

3.52 東區尤德夫人那打素醫院六名醫護人員在三月四日至十日期間相繼出現症狀。衛生署及該院合力追查曾與患者接觸的人士，並對他們進行健康監察。在這次疫情結束時，共有 14 人染病，包括源頭病人、七名醫護人員、四名與染病醫護人員有密切接觸的人士、一名病人，以及一名訪客。

3.53 至於旺角診所的個案，根據衛生署調查所得，發現這宗個案涉及五名人士，即 KK、其妻和該診所的三名護士。其中一名護士首先在三月三日出現症狀，另一名護士

在兩天後出現症狀。KK在三月十日發病，而其妻子和第三名染病護士則先後在三月十二日及三月十六日發病。

3.54 在進行流行病學研究時，並未能即時發現旺角診所的感染源頭。在隨後的工作才查出首名發病的護士可能受到一名病人傳染。該名病人在二月二十三日到該診所求診，並於三月十五日因嚴重社區型肺炎不治。他在發病前曾到過內地。

3.55 當局向曾與 KK 有密切接觸的人士、KK 的妻子、該診所的護士和訪客發出健康指引，並對他們進行健康監察。除了 KK 的妻子外，其他曾接觸 KK 的人士均沒有受傳染。患者其後亦最終全部康復。

二零零三年三月十七日接獲的報告：
聖保祿醫院

3.56 聖保祿醫院(港島區一間私家醫院)在三月十七日通知衛生署，該院在同一病房工作的三名醫護人員均感染非典型肺炎。這次疫情由衛生署港島區辦事處負責調查。

3.57 流行病學研究發現，源頭病人是一名自二月十二日起住在M酒店的72歲加拿大遊客。他在二月二十七日發病，並在三月二日入住聖保祿醫院。三月八日，他被轉送瑪麗醫院接受進一步的治理。瑪麗醫院在三月十三日根據嚴重社區型肺炎通報機制，把這宗個案通知衛生署。當局按照慣常方式追查曾與患者接觸的人士，並對他們進行健康監察。聖保祿醫院三名醫護人員在三月九日至十四日期間先後出現症狀。

3.58 衛生署港島區辦事處接報後，建議聖保祿醫院加強感染控制，並監察其他醫護人員的健康狀況。此外，該辦事處亦追查曾與患者接觸的人士，結果發現其中八名人士受傳染，包括五名探病人士、一名病人、一名染病醫護人員的家人，以及一名染病訪客的家人。因此，在聖保祿醫院疫情中，共有12人染病，包括源頭病人。

二零零三年三月十八日接獲的報告：
伊利沙伯醫院

3.59 三月十八日，衛生署九龍區辦事處主動與醫管局轄下伊利沙

伯醫院聯絡，得知該院同一病房內三名醫護人員，包括一名醫生和兩名護士，顯然已染上肺炎。

3.60 分區辦事處進行流行病學調查，發現源頭個案為一名經常到廣州的旅客，他在三月九日入住伊利沙伯醫院，在三月三十日死於肺炎，其後證實為綜合症。上述三名醫護人員在三月十二日至十六日期間出現症狀，後來全部康復，其他曾與他們接觸的人士則未受傳染。

二零零三年三月二十一日接獲的報告：浸信會醫院和大埔一間診所

3.61 三月二十一日，衛生署得悉另外兩宗分別涉及一間私家醫院和一間診所的疫情。浸信會醫院的疫情是該院主動告知衛生署，而大埔一名普通科醫生PP診所的疫情，則是衛生署人員在追查曾與威爾斯親王醫院源頭病人接觸的出院病人時發現。其後進行的調查發現，兩宗疫症爆發都與威爾斯親王醫院有關。

3.62 浸信會醫院的通報指出，共有來自兩間病房的4名醫護人員懷疑感染綜合症。經追查後，最終發現感染源頭是院內一名病人，她是威爾斯親王醫院源頭病人的親嫂。她在三月十日開始出現症狀，於三月十三日入住浸信會醫院。她曾於上述兩間病房留醫，後轉送到公立醫院。

3.63 衛生署九龍區辦事處建議浸信會醫院加強感染控制措施。有關病房由三月二十二日起暫時停止接收病人，病房內的病人亦不得轉換病房。院方其後關閉該兩間病房，進行徹底清潔和消毒。此外，衛生署也提供個人和環境衛生方面的指引。

3.64 經追查曾與患者接觸的人士和進行健康監察後，發現共有 34 人在這次疫情中受到傳染，包括源頭病人、通報所指的四名醫護人員、另外六名醫護人員、該兩間病房的 11 名病人、五名曾與患者有家居接觸的人士、三名曾到有關病房探病的人士，以及一名到診的私家醫生 SS、其妻和兩名病人。其中四名病人(包括該名到診醫生)不治，其餘各人分別在三月至五月期間出院。

3.65 衛生署新界東區辦事處在三月十五日發現，一名曾於三月六日至七日在威爾斯親王醫院 8A 病房留醫的病人 TT 出院後，在三月十三日再度入院；其後在追查曾與該名患者接觸的人士期間發現普通科醫生 PP 的個案。TT 在三月九日開始發燒，衛生署追查所有曾與他有密切接觸的人士，並安排他們接受健康監察，及後發現其中三人出現症狀，並於三月二十日入院。他們再次接受查問時，表示與 TT 均曾在發病後到過 PP 的診所。分區辦事處曾嘗試聯絡 PP，以監察他的健康情況，但不成功。翌日(即三月二十一日)發現，PP 已於三月二十日入住威爾斯親王醫院。

3.66 總括而言，衛生署追查了 544 名曾與涉及 PP 接觸的人士，後來發現其中兩人(包括一名兒童)受到傳染。衛生署事後進一步追查曾與該兩名患者接觸的人士(範圍包括該名兒童的幼稚園)，並無發現新的感染個案。

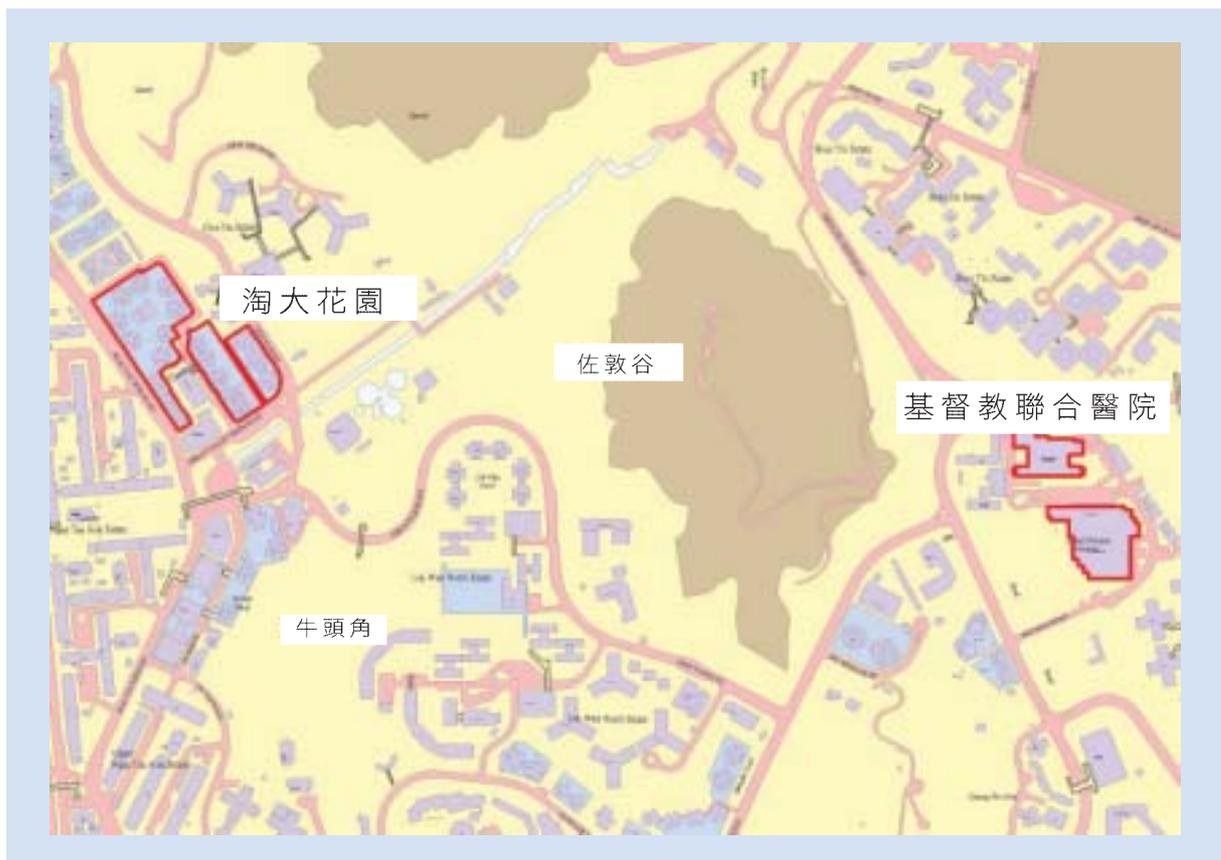
疫症在淘大花園社區爆發

3.67 正當威爾斯親王醫院爆發綜合症和其他醫療機構亦出現小規模爆發之際，綜合症冠狀病毒已悄然入侵人口密集的九龍觀塘區的一個屋邨。淘大花園的社區爆發不幸同時受到一連串的環境和衛生事件影響，疫情最為嚴重和可怕。疫情結束時，共有 329 名居民受感染，

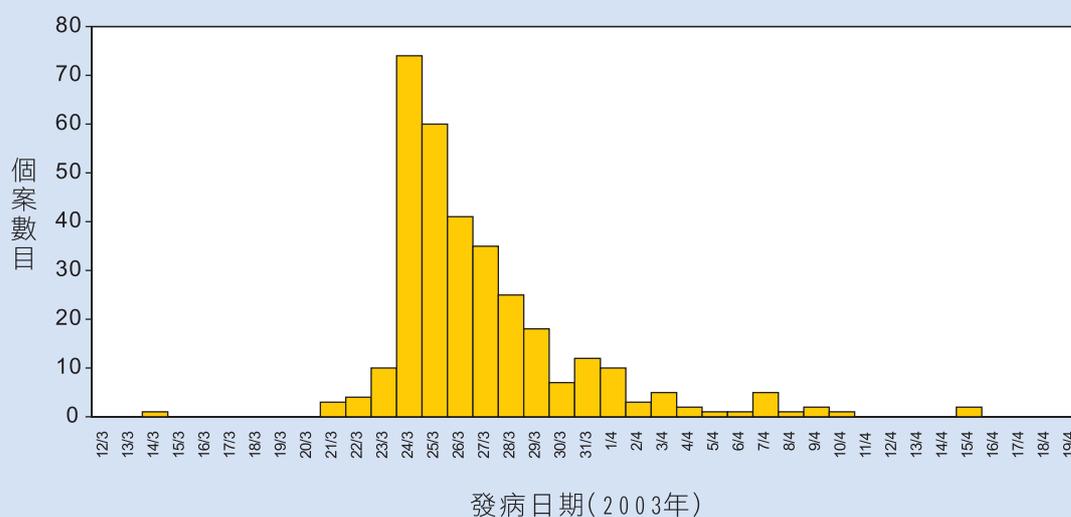
其中 42 人死亡。當中，E 座是淘大花園的重災區，佔該屋邨感染個案總數的 41%。

3.68 圖表 3.9 是淘大花園爆發疫症的流行病曲線圖。

圖表 3.8 淘大花園及基督教聯合醫院位置圖



圖表 3.9 淘大花園爆發疫症
按發病日期編製的流行病曲線圖



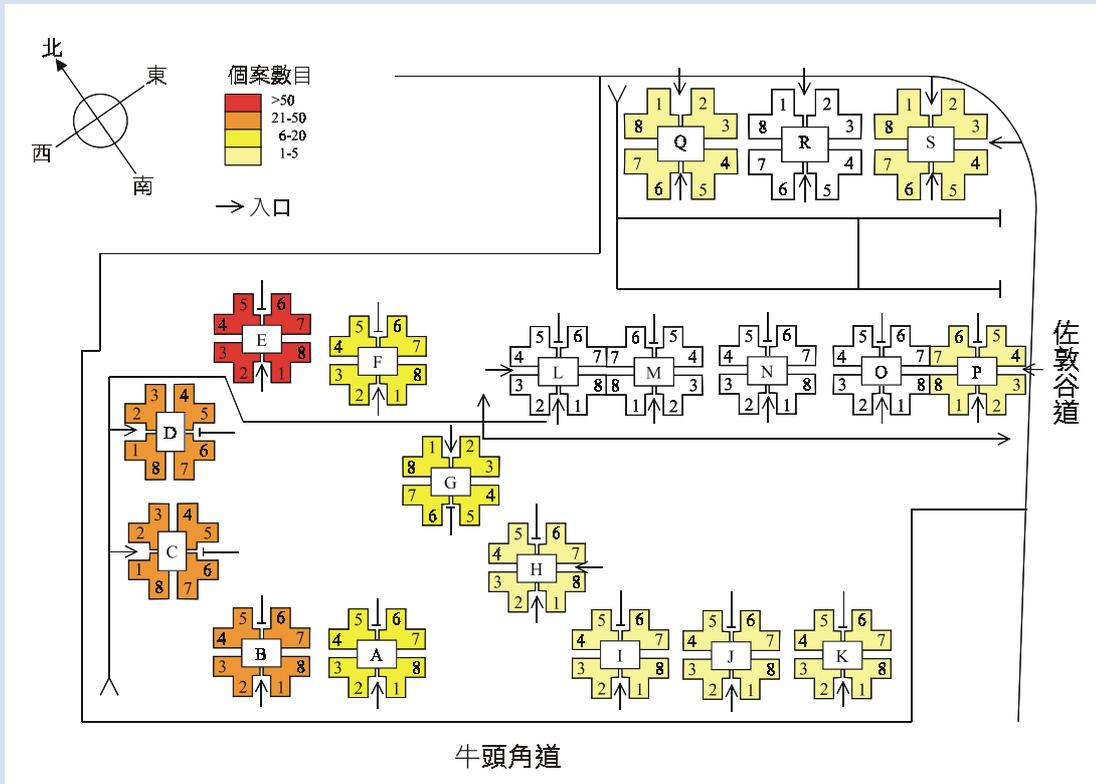
淘大花園的環境

3.69 淘大花園屬私人屋邨，建於一九八一年，共有 19 座住宅大廈 (A 座至 S 座)，以及一個位於平台下的地面商場。一般而言，每座大廈有 33 層，每層有八個單位。每個單位的面積約為 48 平方米，設有一個廁所兼浴室、一個廚房、一個客廳

和睡房。浴室頗為細小，約 3.5 平方米。不同樓層同一座向單位的水管和排水管系統沿外牆垂直裝設。毗連的單位，例如 7 號及 8 號單位，由 1.5 米闊的狹窄天井分隔，而浴室窗門、抽氣扇、主人睡房窗門、冷氣機和晾衣架均面對面相向。估計淘大花園有 19,000 名居民。

3.70 以下是淘大花園各幢大廈平面圖及典型樓面平面圖。

圖表 3.10 淘大花園各幢大廈平面圖



圖表 3.11 淘大花園各幢大廈的典型樓面平面圖



二零零三年三月二十六日(星期三)

3.71 三月二十六日，衛生署九龍分區辦事處接獲醫管局屬下基督教聯合醫院的通知，表示該院接收了 15 個綜合症懷疑病例，來自七個家庭，全部住在淘大花園。同日衛生署的醫療隊到該屋苑實地視察，查問出現懷疑個案其中七層樓的 20 個可接觸的單位，全部都在 E 座；發現受感染的住戶互不相識，亦沒有一起參與過任何活動。

3.72 衛生署除了追查曾與患者接觸的人士，和要求個案的家庭成員接受健康監察外，亦發信給 E 座其他居民，提醒他們留意症狀；更向屋苑的所有居民派發有關綜合症的小冊子，並要求大廈管理公司在各座的公眾地方進行消毒，由 E 座開始。

3.73 當日下午，衛生福利及食物局局長主持了該局專責小組的第五次會議。衛生署署長滙報了淘大花園的情況。主要討論內容如下—

- ◆ 綜合症冠狀病毒的傳播途徑最可能是通過飛沫和污染物(即受到身體分泌物污染的物件)傳播，不過，即使氣霧傳播事例並不常見，但仍需深入研究

- ◆ 經常洗手和清潔物件表面很重要
- ◆ 鑑於社區爆發疫症，有必要修訂公共衛生措施
- ◆ 有必要制定綜合症病人出院指引
- ◆ 在過去一周，觀察到背景肺炎個案數目有所增加。

3.74 衛生署署長在會上應衛生福利及食物局局長所請，提出了一籃子的公共衛生措施，包括把綜合症納入《檢疫及防疫條例》(香港法例第 141 章)中，將該病列為必須通報的疾病；此外要求入境旅客填寫健康申報表；學校暫時停課；在指定地點設立醫療監察中心，甄別曾與綜合症患者接觸的人士；同時指定瑪嘉烈醫院接收由指定醫療中心轉介的病人。

3.75 當日稍後時間，衛生署和醫管局在每日的新聞簡報會上，交代了淘大花園的疫情。

淘大花園疫情的源頭個案

淘大花園疫情的源頭個案是一名 33 歲男子 YY，在深圳工作和居住。他自一九八七年起，由於身體出現一種免疫疾病，腎病已達末期階段，每星期都要到威爾斯親王醫院洗腎兩次。他來港時，大都住在其弟的淘大花園家中。

有關事件的始末如下－

- ◆ 三月十四日 YY在其弟的淘大花園家中過夜，當時已出現發燒和腹瀉
- ◆ 三月十五日 他在威爾斯親王醫院 8C 病房例行洗腎。他感到不適，胸肺 X 光片顯示肺炎徵狀，被診斷為非典型肺炎懷疑病例，送入 8A* 病房接受進一步治理
- ◆ 三月十七日 接受抗生素和抗流感治療後情況好轉。熱度減退，體溫回復正常
- ◆ 三月十八日 咽喉抽取液快速測試顯示他感染甲型流行性感冒
- ◆ 三月十九日 YY 仍然沒有發燒，胸肺 X 光片的變化顯示肺炎幾乎完全消退，獲准出院。他在其弟的淘大花園單位中過夜
- ◆ 三月二十日 返回深圳
- ◆ 三月二十二日 YY 往威爾斯親王醫院洗腎，因為發燒和呼吸困難，被送入 8D 病房。胸肺 X 光片與三月十九日的 X 光片明顯不同，兩邊肺部都出現肺炎病變
- ◆ 三月二十三日臨牀狀況迅速惡化，轉送入深切治療部，翌日需要插管。

YY 於三月二十七日被診斷為患上綜合症。他後來完全康復，並於六月二日出院。

在八月時進行的病毒基因排序工作顯示，YY 體內的病毒與威爾斯親王醫院和淘大花園的病物品種非常相似。加上他在第一次於三月十五日入院前已經出現發燒和腹瀉，這樣看來，他可能在第一次入院前已同時感染綜合症和甲型流行性感冒，但由於以下原因未能在三月十九日他出院時確定已染上綜合症－

- ◆ 綜合症的病原體要到三月二十二日才確定
- ◆ 甲型流行性感冒的測試呈陽性反應
- ◆ 他健康狀況顯著改善，沒有發燒，胸肺 X 光片亦顯示肺炎幾乎完全消退。

淘大花園疫情的源頭個案（續）

至於接觸者方面，YY的弟弟和弟婦感染了綜合症，兩人分別於三月二十三日和三月二十八日出現症狀。此外，在三月二十二日YY洗腎期間，兩名照顧他的護士亦受到感染。他們後來全部康復。

* 威爾斯親王醫院於三月十三日晚把8A病房的病人轉往“綜合症”（後來才出現的名稱）病房或緩衝病房後，把8A病房改為懷疑非典型肺炎病例的集中護理病房。

二零零三年三月二十七日(星期四)
至三月二十九日(星期六)

3.76 衛生署每日到淘大花園實地視察，以期找出疫症的可能源頭，並對受影響的住戶進行健康監察。在衛生署領導下，一個由警務處及負責水務、環境保護、機電工程、食物及環境衛生和渠務的政府部門組成的多部門小組到E座和商場仔細視察，當時並無發現嚴重的問題。小組抽取了現場的環境和水質樣本。此外，衛生署醫療隊亦到屋苑進行逐戶訪問。

3.77 衛生署亦在E座設立了兩個醫療站，由醫療輔助隊人員值勤，替居民量度體溫，並提供與綜合症有關的資訊。世衛一個小組亦協助衛生署進行流行病學研究，包括一項病例對照研究。

3.78 三月二十七日，政府宣布採取新的控制措施來處理綜合症疫情。有關措施如下，與衛生福利及食物局專責小組在前一天商討的結果相符－

加強法律依據

本港有關預防及控制傳染病的法律屬於《檢疫及防疫條例》(香港法例第141章)及其附屬法例的範疇。有關條例為防止輸入和傳播其附表1所列的傳染病提供法定權力。在未把綜合症納入前，附表共列有27種傳染病。綜合症於二零零三年三月二十七日加入附表1後，衛生署署長有法定的權力，命令申報、監察和隔離懷疑綜合症患者及曾與他們接觸的人士。條例適用於綜合症後，下列一連串的公共衛生措施便得以推行－

- ◆ 由三月三十一日起，在指定的醫療中心監察曾與患者密切接觸的人士，其後並於四月十日規定曾與患者有家居接觸的人士接受家居隔離
- ◆ 由三月二十九日起規定抵港旅客作出健康申報
- ◆ 隔離及繼而在四月一日搬遷淘大花園E座居民。

四月十七日，政府就修訂法例刊登憲報，公布當局有權向旅客量度體溫，並禁止曾與綜合症患者密切接觸的人士離港。

- ◆ 把綜合症納入《檢疫及防疫條例》(香港法例第 141 章)附表 1 所列的傳染病名單，即時生效
- ◆ 由三月二十九日起，向抵港旅客實施健康申報
- ◆ 由三月三十一日起，規定曾與綜合症患者密切接觸的人士前往指定的醫療中心報到
- ◆ 全港學校在三月二十九日至四月六日期間停課。

監察曾與患者接觸的人士：以漸進的方式加強措施

綜合症爆發初期，衛生署每日通過電話交談，向所有曾與綜合症患者密切接觸的人士*進行健康監察。衛生署勸諭他們不要上班或上學，為期最少七天，期間可獲病假。若出現症狀者，則被轉介至醫管局轄下醫院作進一步檢查。

二零零三年三月三十一日，衛生署在每個分區各設一間指定的醫療中心，全港合共四間。曾與綜合症患者密切接觸的人士每天須前往指定的醫療中心報到，為期十天，以進行健康監察。衛生署勸諭他們在這段期間留在家中，除到指定的醫療中心外，不要出外。在醫療中心內，曾與綜合症患者密切接觸的人士會接受健康檢查和量度體溫；若出現症狀，須接受肺部 X 光檢查，而懷疑感染綜合症者則須轉介至醫管局轄下醫院。

由四月十日起，當局下令曾與綜合症患者有家居接觸的人士須接受家居隔離(檢疫)，為期十天，謝絕訪客。期間，公共衛生護士定期家訪，以進行健康監察。警方亦作出突擊檢查，以確保有關人士遵守命令。同時，曾與患者有密切但非家居接觸的人士須繼續到指定的醫療中心報到。由四月二十五日起，健康監察和家居隔離的執行範圍分別擴大至包括曾與懷疑綜合症患者有密切接觸和家居接觸的人士。

絕大部分曾與患者或懷疑患者接觸的人士都遵守命令，前往指定的醫療中心接受檢查，或接受家居隔離。這些措施得以順利推行，顯示得到市民廣泛接受，原因可能與當局採取漸進的方式加強措施有關。不過，間中也有問題出現，例如：委員會得悉在疫症高峯期間，曾與患者密切接觸的人士到指定的醫療中心接受健康檢查時大排長龍。把這些被視為感染綜合症的高危人士安排長時間身處同一環境，情況令人關注。此外，委員會亦得悉在 E 座居民隔離期間，淘大花園業主委員會曾要求衛生署在淘大花園設立醫療站，而非規定居於其他座數並曾與患者密切接觸的人士前往指定的醫療中心。衛生署以運作理由拒絕了這項要求。

* 曾與綜合症患者密切接觸的人士，最初界定為患者家人及曾於工作地點或學校與患者接觸的指定人士。三月底，衛生署開始使用世衛所下的定義，即指曾與綜合症患者同住、照顧患者或處理其呼吸分泌物的人士。

3.79 三月二十九日，衛生署於新聞簡報會上滙報，淘大花園爆發疫症的個案，大部分來自E座第7號和第8號單位。該署重申，所得的證據仍然顯示疫症是經飛沫傳染，以及由污染物散播，並呼籲市民注意個人和環境衛生。

3.80 由於淘大花園的個案繼續急速上升，使居民感到恐慌，不少居民開始遷出該屋苑。

科技：處理疫情的有利工具

疫症爆發初期，衛生署和醫管局各自設立綜合症資料庫，分別作為公共衛生及臨牀治理的用途。由於兩個機構的資訊系統不同，因此雙方不能直接進入對方的資料庫。結果雙方須依賴電郵、傳真和電話通報交換病例資料。

如要有效處理疫情，必須能即時傳遞訊息。為此，衛生福利及食物局局長在二零零三年三月二十八日指示衛生署和醫管局設立一個電子數據庫，讓雙方可以即時共用和交換資訊。這個綫上數據庫，是借助醫管局在臨牀管理方面的專長而創設，可以由網上進入。這個名為“綜合症網上電子資料庫”(e-SARS)的數據庫，於四月八日開始啟用。這個電子數據庫在提供適時資料協助迅速調查病例方面後來證明非常有用。

在四月初差不多同一時間，警務處提供其精密的電腦地域資訊系統，名為“重大事件調查及災難支援工作系統”(MIIDSS)，協助衛生署追查曾與患者接觸的人士。該系統協助綜合症調查人員核實地址，編製地域分布圖；找出傳播的潛在源頭或路線，同時顯示疫症個案和接觸者之間的連通性。

“綜合症網上電子資料庫”(e-SARS)和“重大事件調查及災難支援工作系統”(MIIDSS)共同運作，有助迅速調查病例和快速追查曾與患者接觸的人士，對控制疫情作出了重大貢獻，亦使隔離和檢疫工作更為奏效。兩個系統的資訊流程如下－



迅速調查個案
快速追查曾接觸患者的人士
即時隔離和檢疫

二零零三年三月三十日(星期日)

3.81 截至三月三十日，淘大花園的綜合症懷疑和證實個案累積至190宗。分布情況如下－

- ◆ E座： 93宗(49%)
- ◆ C座： 24宗(12.6%)
- ◆ B座： 20宗(10.5%)
- ◆ D座： 15宗(7.9%)
- ◆ 其餘各座： 38宗(20%)

3.82 衛生福利及食物局局長召開該局專責小組第六次會議，討論淘大花園疫情。主要集中在以下事項－

- ◆ E座的綜合症個案明顯地出現垂直樓層擴散的現象，主要集中在8號和7號單位
- ◆ 衛生署和其率領的多部門小組進行實地調查時，曾研究會否經出入的居民、食水、垃圾和升降機、污水系統、動物帶菌者及屋邨旁的建築地盤傳播病毒。暫時並無確實的結論，但會緊急優先地繼續進行深入調查。環境運輸及工務局的人員會進行更多的環境因素研究
- ◆ 鑑於綜合症個案數目很高，E座居民可能已形成一個感染羣。

3.83 由於E座綜合症個案數目持續大幅增加，衛生福利及食物局專責小組亦曾討論把大廈隔離的方案，以控制疾病在社區中傳播。小組認為把E座隔離，可避免已受傳染的居民把疾病傳播到其他地方，從而保障居民和整體社會人士的健康。其他大廈在現階段無須隔離，因為其他大廈的個案很可能是受E座居民的傳染；此外，其他個案分布模式不同，與E座居民比較，受傳染的住戶數目亦較少。政府於三月三十日晚決定向淘大花園E座居民發出隔離令。

二零零三年三月三十一日(星期一)

3.84 上午6時，衛生署送達命令，隔離E座十天。E座居民不准外出，亦不得接待訪客。其間，他們須接受健康監察，而當局會照顧他們日常所需。此外，衛生署亦勸諭在隔離令發出前已遷出的居民向該署報到，以接受健康監察。



隔離淘大花園E座

3.85 同日，衛生署四間指定的醫療中心啟用，並開始強制所有曾與綜合症患者有密切接觸的人士(已接受隔離的 E 座居民除外)接受健康監察，為期十天。此外，衛生署進一步勸諭所有曾與綜合症患者接觸的人士留在家中，不要上班或上學。

3.86 衛生福利及食物局局長在當日主持新聞簡報會，解釋隔離令的實施事宜，並且宣布已有 213 名居民因懷疑染上綜合症而入院，其中 107 名居民(50.2%)來自 E 座，而當局正進行深入調查，務求找出為何

在 E 座垂直樓層爆發綜合症個案。他又向受影響的居民致謝，感謝他們的體諒和合作。

二零零三年四月一日(星期二)

3.87 環境運輸及工務局局長在四月一日上午與衛生福利及食物局局長聯絡，告知其轄下與衛生署調查人員一同工作的專家已發現初步證據，顯示污水收集系統和排水系統可能與綜合症在 E 座垂直樓層擴散有關。這項新發現的證據，是政府在當日稍後決定把 E 座居民搬遷

各方合作對抗綜合症

為應付綜合症疫情急劇惡化，衛生福利及食物局局長委派該局常任秘書長擔任跨部門統籌委員會(統籌委員會)的主席。統籌委員會的工作是掌管和協調各政府部門和公共機構的行動和資源，以推行與控制綜合症有關的決策和措施。統籌委員會的成員來自 4 個決策/資源局，以及超過 20 個政府部門和法定機構。

二零零三年三月二十七日至五月二十日統籌委員會運作期間，大幅提升各項與綜合症有關的公共衛生措施的處理能力。統籌委員會成員的參與起了關鍵作用，確保各項行動成功和順利進行，如隔離和遷移淘大花園 E 座居民、測量體溫和旅客健康申報等港口衛生措施，以及家居隔離安排。

儘管統籌委員會一直有效地動用資源和調配人手，然而運作初期亦遇上一些困難。舉例說，淘大花園業主委員會向委員會提供資料時指出，在四月一日的搬遷行動中，他們需穿梭於不同部門的人員之間，方能成功取得資料或協助。主要原因很可能是因準備時間不足，以致現場的指揮工作並不清晰。

整體而言，統籌委員會妥善應付挑戰，並就緊急情況採取了有效行動；例如在四月二十九日包機接載因同團一名小童發燒而滯留台灣的香港旅行團回港，以及在五月四日對一艘懷疑有船員感染綜合症的馬來西亞註冊貨輪採取拯救行動。

統籌委員會有一項突出的措施，就是在四月十八日成立多部門應變小組，負責在各“黑點”和出現綜合症個案的大廈積極進行環境調查工作，以及採取補救行動，務求及早消除這些地方的環境污染。

到另一地點隔離的關鍵。當局立即作出準備，進行搬遷工作。

3.88 當日黃昏，搬遷工作的後勤支援安排已準備就緒，於是衛生署宣布，E座居民會根據搬遷令被轉送到3個政府渡假營，繼續接受為期十天的隔離。當局會在營地對這些居民進行健康監察，並會照顧居民的日常需要。

3.89 當局作出上述宣布後，搬遷工作旋即展開，並持續至翌日凌晨。受影響的居民雖然承受很大的精神壓力，但全都服從搬遷令，並且充分合作。行動結束時，被搬遷的E座居民共有247名。

二零零三年四月二日(星期三)至四月十五日(星期二)

3.90 E座居民遷出後，一支由專家組成的多部門小組在淘大花園進行深入調查。當局再次勸諭在發出隔離令前已搬離的E座居民聯絡衛生署，接受健康監察。在警方的協助下，這些居民在四月四日時已差不多全都聯絡了衛生署。

3.91 食物環境衛生署為淘大花園及鄰近地區(包括淘大花園鄰近的一個公共屋邨 - 牛頭角下邨)，進行了全面的消毒和防治蟲鼠工作。在此期間，牛頭角下邨亦爆發疫症，不過規模小得多。在業主委員會和有關居民的協助下，淘大花園E座所有單位和公共地方在四月七日至十日期間進行了徹底的清洗和消毒。當局亦為該屋苑其他樓宇的居民提

排泄物與綜合症冠狀病毒

綜合症患者從糞便中排出冠狀病毒。多間世衛網絡的化驗所均顯示，在室溫下，綜合症冠狀病毒在正常糞便中最少可生存一至兩天；但在患者腹瀉時排出的糞便中，由於鹼度較正常糞便高，病毒的生存期遠遠較長，最多可達四天。這個發現顯示綜合症可能經口腔和排泄物傳染。這點亦有助解釋淘大花園的疫情，因為情況顯示綜合症在該屋苑透過排水和污水渠系統傳播；而淘大花園的源頭病人在患病期間，於二零零三年三月十四日在其弟位於E座的單位度宿時，曾出現腹瀉。

根據《刺針》*報道，淘大花園的綜合症患者有一個明顯的臨牀特徵，就是73%患者出現腹瀉，糞便呈水狀。患者最多每天腹瀉6.3次，平均維持3.9天。這意味着可能有大量病毒排入污水渠系統，助長傳播綜合症。

研究調查員指出，“(在這些病人中)腹瀉現象似乎較先前報道的更為顯著，而患者嚴重腹瀉和呈水狀的糞便，對醫護人員的感染控制是一種挑戰”。這個論點，可能在某程度上解釋了為何瑪嘉烈醫院醫護人員會爆發綜合症，因為該院接收了淘大花園大部分的綜合症患者。

*《社區內爆發與綜合症有關的冠狀病毒肺炎之臨牀發展與病毒量的前瞻性研究》，JSM Peiris等著，《刺針》，二零零三年五月九日

供消毒住所的指引和消毒劑，此外亦提醒居民，保持排水位的 U 形聚水器貯水的重要性。

3.92 由於本地和國際傳媒大量報道淘大花園的疫情，不少淘大花園的居民都覺得被針對和受到歧視，陸續有居民搬離該屋苑。為改善這種情況，業主委員會促請政府公布其他發現綜合症病例的大廈名稱。同時社會亦促請衛生署透出現感染病例的地點。政府最終接納公眾的意見。衛生署由四月十二日起，在其網站公布發現綜合症病例的大廈名稱，目的是提醒受影響大廈的居民，進一步加強適當的預防消毒措施，同時加強注重個人衛生。由四月二十五日起，受影響大廈的名單亦列出發現懷疑病例的大廈。

3.93 E 座的隔離令於四月九日午夜屆滿。四月十日，住客開始返回住所。

3.94 四月一日至四月十五日期間，共有五名來自淘大花園 E 座的綜合症病人，發病的日期如下－

- ◆ 四月一日 - 2 個案；均與綜合症患者有家居接觸
- ◆ 四月二日 - 1 個案；曾於三月二十八日至四月三日到過深圳
- ◆ 四月三日 - 1 個案；與綜合症患者有家居接觸
- ◆ 四月十五日 - 1 個案；在醫院內發現

在四月十五日後，並沒發現來自 E 座的綜合症患者。

在垂直樓層擴散之謎

二零零三年四月十七日，政府公布淘大花園爆發疫症的調查結果。綜合症在 E 座垂直樓層擴散，主要是因為乾涸的 U 形聚水器、受污染的污水道，以及天井的上升氣流這幾種因素同時結合，令液滴得以擴散。世衛一隊環境衛生專家小組曾為這場社區疫症展開獨立調查，並於五月十六日發表報告，亦證實上述調查結果。兩份報告都已上載下列網站－
http://www.info.gov.hk/info/sars/e_report.htm。

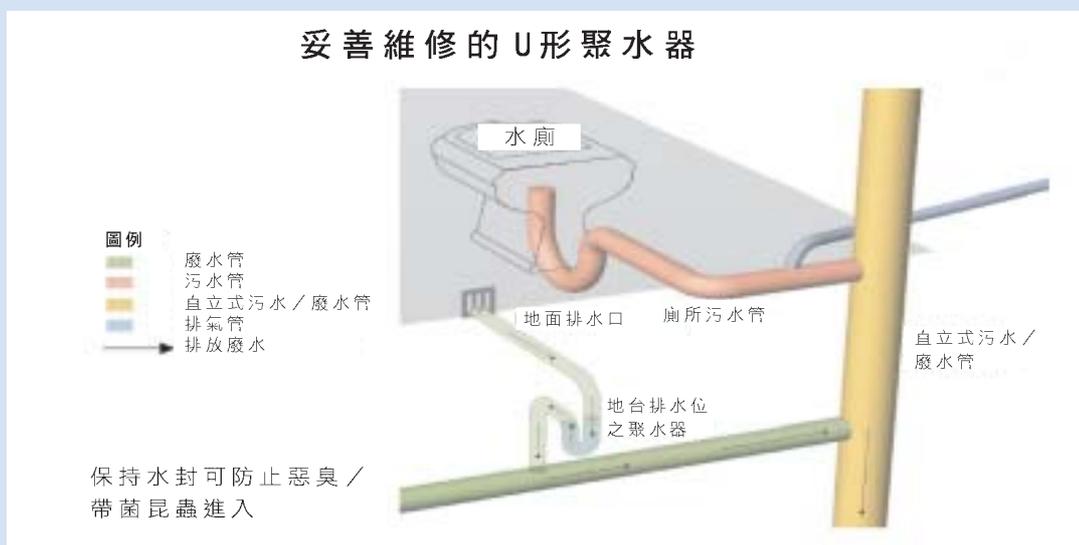
研究特別指出以下幾點：

- ◆ 在疫症爆發期間，大部分單位浴室地台排水位的 U 形聚水器已乾涸多時，失去了阻隔污水渠穢物的功能。當抽氣扇開動及浴室門關上時，污水管內的液滴可能會透過乾涸的 U 形聚水器被抽進浴室內，浴室可能因此受到污染

在垂直樓層擴散之謎（續）

- ◆ 三月二十一日，連接 E 座 8 號室的沖廁水管出現破損，通宵沒有沖廁水供應。這樣可能減慢排污管內穢物的流動，但卻加速管內液滴的產生和移動。此外，用水桶沖廁亦會令浴室內有更多液滴飛濺
- ◆ 開動的抽氣扇會把浴室內現有或新產生的污染液滴帶到天井。隨着天井內的天然氣流上升，這些液滴很可能通過打開的窗戶進入與病源單位相距幾層的其他單位。

有鑑於此，衛生署和其他相關政府部門展開了多項公眾教育活動，教育市民家居消毒、妥善處理 U 形聚水器和維修排污渠，同時着重宣傳環境衛生以及個人衛生。



雖然上述調查結果已經公布，但其他調查人員仍然提出不同的假設。例如一名私人調查員曾在《刺針》八月號和向委員會提出老鼠傳播病毒的假設。本港某間大學亦向委員會提交一份有關排污渠的研究報告；報告指出，由於受水管的多項因素影響(如管的長度和大小)，污水管內部會出現不同壓力，並可能導致空氣和液滴在管內向上升。

瑪嘉烈醫院的經驗

3.95 瑪嘉烈醫院是一間擁有 1,200 張病牀、為 150 萬人口提供服務的急症醫院，也是香港唯一一間設有傳染病專用設施的醫院。該院有四間隔離病房，切合空氣傳播及腸道或血液傳播的傳染病病房各佔兩間，共可容納 86 張病牀。疫症期間，瑪嘉烈醫院接收了最多綜合症病人，診治了全香港 1,755 個案中的 34%，即 593 名患者。儘管該院在傳染病控制方面一向表現出色，但在疫症高峰期間也遇到醫護人員感染綜合症的嚴重問題。該院共有 62 名醫護人員感染綜合症，其中 25 名 (40.3%) 在深切治療部染病。

3.96 當局指定瑪嘉烈醫院為綜合症醫院後，個案數目在二零零三年三月二十九日至四月七日期間大增，隨後即有員工染上綜合症。當局指定該院為綜合症醫院時，正值香港的疫情惡化，累積個案超逾 300 宗。

二零零三年三月二十六日(星期三)

3.97 在三月二十六日衛生福利及食物局專責小組會議上，衛生署署長建議，所有由衛生署的指定醫療中心轉介的新個案均應由一間指定的醫院接收，首選是瑪嘉烈醫院。會後，醫管局高級行政人員(包括聯網行政總監)，在醫管局總辦事處進行內部討論。當時瑪嘉烈醫院正處理約 100 名綜合症病人，並無員工受到感染。

3.98 鑑於瑪嘉烈醫院有傳染病專用設施、治療傳染病的記錄良好、有濃厚控制傳染病的文化，加上直至當時並無員工因處理綜合症個案而受傳染，當局決定指定該院接收由衛生署的指定醫療中心和醫管局轄下其他醫院急症室轉介的所有綜合症個案。

3.99 由於當時的傳染病病房只可容納 86 張病牀(包括深切治療部的 14 張病牀)，為使該院能接收綜合症新個案，當局立即作出了以下準備 –

- ◆ 把該院所有與綜合症無關的服務遷移，以增設 912 張綜合症急症病牀，包括 74 張深切治療部病牀
- ◆ 關閉該院的急症室
- ◆ 把處理非急症的黃大仙醫院的全部病人遷移，以便為瑪嘉烈醫院增設 400 張綜合症療養病牀
- ◆ 安排醫管局員工的調配及培訓
- ◆ 提供後勤支援，例如改善通風設備、提供個人防護裝備，以及為不想回家的員工提供臨時住所等。

3.100 當時並無迹象顯示在淘大花園社區爆發的疫症會大幅飆升，令轉介往該院的綜合症個案遠超出預計數目。當時的計劃是由三月二十九日(即該院開始接收所有綜合症新個案當日)起，在一星期內把

瑪嘉烈醫院的病人逐個部門遷出。由於衛生署的指定醫療中心定於三月三十一日開始運作，當時預計轉介個案會在首個星期內逐漸增多，並預計遷移病人後騰出的病牀將足以應付指定醫療中心和其他急症室的所有轉介個案。

二零零三年三月二十七日(星期四)至三月二十八日(星期五)

3.101 醫院管理層一方面作出後勤準備，一方面於三月二十七日和二十八日在九龍西醫院聯網為員工舉行一連串的論壇，以備他們迎接即將來臨的重要工作。三月二十九日至四月九日期間，再舉行論壇，醫管局主席、衛生福利及食物局局長和醫管局行政總裁分別出席了部分論壇。

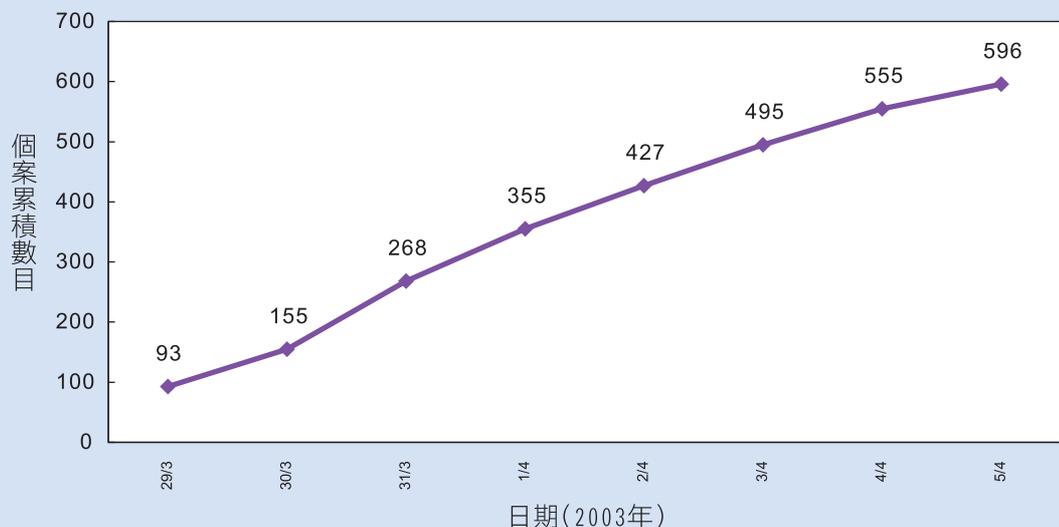
3.102 三月二十八日，衛生署新界西區辦事處與瑪嘉烈醫院聯系商討設立控制中心，以便互相傳遞患者資料。

二零零三年三月二十九日(星期六)至四月五日(星期六)

3.103 三月二十九日，瑪嘉烈醫院在凌晨零時關閉急症室；上午九時，開始接收由其他私營和公立醫院轉介的綜合症病人。正如圖表 3.12 所示，首天有 93 名病人入院，其餘每日的入院人數持續高企，最初三日入院病人數目累積至 268 人，首星期末已達 555 人。

3.104 鑑於大量綜合症病人在最初幾日湧入瑪嘉烈醫院，醫管局不得不修改原定在一星期內調遷全院病人的時間表，並加快將非綜合症病人轉離該院。調遷工作趕在三月

圖表 3.12 瑪嘉烈醫院接收的綜合症新個案



三十一日，即是四間指定醫療中心投入服務的當日完成。衛生署新界西區辦事處於同日派駐了一隊公共衛生人員到該院負責控制中心的運作。

3.105 由於未能預計會突然出現大量的綜合症患者(主要來自爆發疫症的淘大花園)，院方的處理量被推至極限。由其他醫院轉介的病人中，有許多是病情較為嚴重的，需要加倍照料。這些病人的臨牀狀況惡化，須深切治療，因而深切治療設施很快便不勝負荷。這些情況是始料不及的，而且發生時，瑪嘉烈醫院內的綜合症小組正處組織階段。

3.106 為應付激增的深切治療病人數目，醫管局必須從其他醫院緊急調派有合適技術的人員到瑪嘉烈醫院增援；合共調派了62名人員，全部均須先接受適應課程，然後才到新環境開始工作。瑪嘉烈醫院也調動內部人手，把手術室、加護病房、心臟病護理部和胸肺病房的人員調到深切治療部以加強人手。期間，須在短時間內向部分人員提供技術複修培訓。

3.107 隨着病人數目激增，瑪嘉烈醫院的醫護人員在三月三十日開始染病；到了四月五日，即首個星期末，一支核心的深切治療部醫生和護士也受到傳染。當時，入院病人總數已升至596人，其中423人證

不准探病政策

疫症在淘大花園社區爆發後，醫管局在二零零三年三月二十七日宣布轄下所有綜合症病房和集中護理病房均實行不准探病政策，目的是進一步加強感染控制。三月二十八日，瑪嘉烈醫院管理層在該院所有急症病房實行不准探病政策，為作為指定綜合症醫院作準備。

疫情加劇之際，醫管局由四月三日起在轄下各急症病房執行不准探病措施，只在非常特殊情況下，才會批准進入急症病房探病。至於非急症病房，探病時間限制在每天兩小時，在指定探病時間內，每名病人只能有一位探訪者；每名探訪者的資料亦須作詳細記錄。

這項政策雖然備受醫院員工和社會各界讚許，但委員會得悉病人因親友不准前來探病而感到絕望和孤寂。身患重病住院期間，能與摯愛見面，對病人十分重要。這個問題凸顯了公共衛生與個人權利之間的微妙平衡。不過，委員會欣悉在醫院內使用攝錄裝置，方便“視像探病”和溝通的創新方法。

實感染綜合症，而深切治療部病人數目亦由13人增至43人。圖表3.13顯示在有關期間入院的病人和受傳染員工的數目。

二零零三年四月七日(星期一)至四月十一日(星期五)

3.108 四月七日是錄得單日內最多員工感染的一日，共有 12 名員工受傳染。為紓緩治理 600 名懷疑和證實感染的病人所帶來的工作壓力，瑪嘉烈醫院開始把接受療養的病人轉往黃大仙醫院。同日，醫管局決定停止接受其他醫院轉介病人入住瑪嘉烈醫院，該院只接收衛生署指定醫療中心轉介的病人。

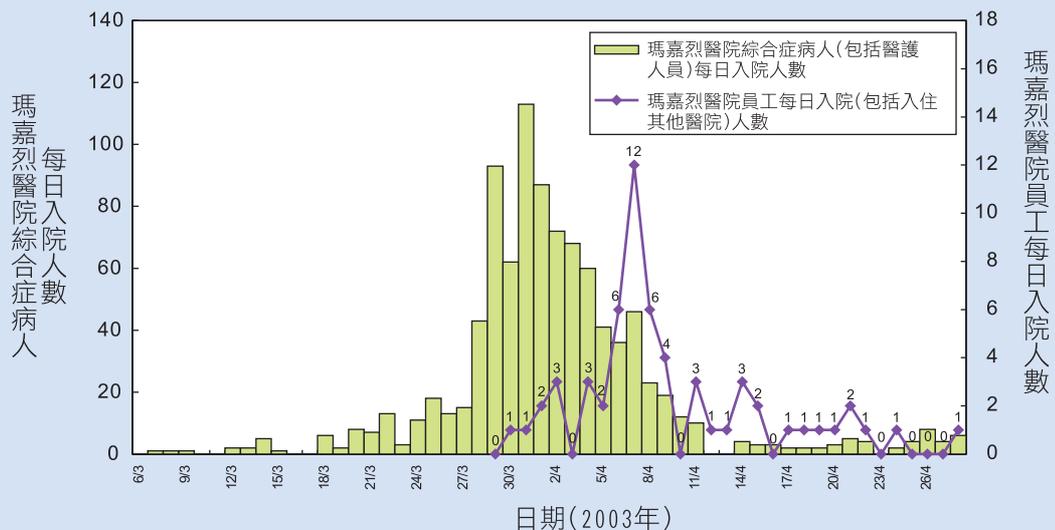
3.109 四月十一日，醫管局暫停安排綜合症新個案入住瑪嘉烈醫院。四月十二日，衛生署指定醫療中心轉介的病人被分流至新界西醫院聯網的屯門醫院；而瑪嘉烈醫院內可

評估醫院員工受感染情況

香港 1,755 名感染綜合症病人中，醫護人員佔 22%(386 人)，其中 320 人是當值時受傳染的醫管局員工。醫管局統計數字顯示，這些員工包括 180 名護士、62 名健康服務助理、49 名醫生和 9 名醫療輔助人員，其餘 20 名屬於“其他”類別。

為找出員工受傳染的原因，醫管局進行了多項研究，例如問卷調查、實地視察和個案對照研究。員工受傳染的原因包括不勝負荷的綜合症個案數目、高量度的病毒數量、擠迫和隔離設施不足等環境限制、沒有綜合症典型表徵的潛伏個案，以及在預防感染措施方面欠缺經驗或警覺性不足。

圖 3.13 瑪嘉烈醫院員工入院人數(證實感染綜合症)與病人入院數目對比



能需要深切治療的病人則被轉往其他醫院，以紓緩該院深切治療部不斷上升的壓力。作出轉院和暫停入院的安排後，瑪嘉烈醫院的病人數目降至 400 多名。紓緩措施執行後，感染的員工人數也開始下降。重要的是，自四月十四日後，再沒有深切治療部的員工感染綜合症。

3.110 四月十四日，瑪嘉烈醫院重新接收該院感染的員工入院，其後在四月二十四日也恢復接收衛生署指定醫療中心轉介的病人。

重新分配綜合症病人：一個模擬的情況

委員會已深入研究瑪嘉烈醫院作為指定綜合症醫院的經驗，包括以模擬方式，研究假如瑪嘉烈醫院不是指定的綜合症醫院，綜合症病人會在本港醫療系統內如何重新分布。

這個模擬方案是採用下表所列的真實數據。

圖表 3.14：按轉介來源地區列出瑪嘉烈醫院每日接收的綜合症病人數目

	29/3	30/3	31/3	1/4	2/4	3/4	4/4	5/4	6/4	7/4	8/4	9/4	10/4	11/4	總數
KW	28	9	42	23	26	22	26	18	11	27	22	20	14	10	298
KE	42	31	39	33	34	36	14	14	12	9					264
NTE	15	9	20	15	6	6	8	5	9	10	1				104
KC	7	9	10	4	2	2	7								41
HK		3	2	9	2		3	2	1	1					23
NTW	1	1		3	2	2	2	2	1						14
總數	93	62	113	87	72	68	60	41	34	47	23	20	14	10	744

KW 表示瑪嘉烈醫院所在的九龍西區

KE 表示基督教聯合醫院所在的九龍東區，也是淘大花園所在地區

NTE 表示威爾斯親王醫院所在的新界東區

KC 表示九龍中區

HK 表示港島區

NTW 表示新界西區

上述數據顯示，二零零三年三月二十九日至四月十一日期間，共有 744 名證實或懷疑患上綜合症的病人入住瑪嘉烈醫院，其中

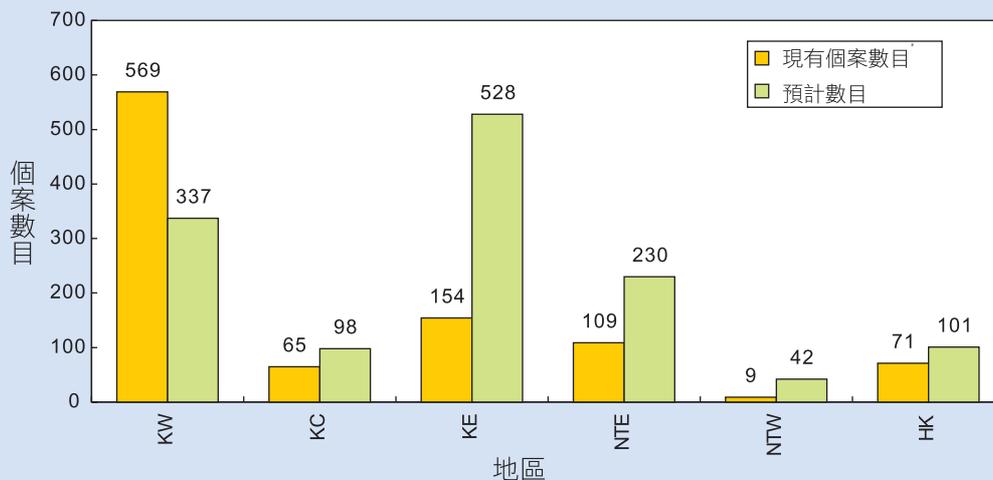
- ◆ 35.5%(264 / 744)由九龍東區的醫院轉介
- ◆ 14%(104 / 744)由新界東區的醫院轉介

重新分配綜合症病人：一個模擬的情況情（續）

以患者居住地區分析，發現 50.3%(374 / 744)的患者在轉介時為居住九龍東區的居民。

在模擬的情況下，如果瑪嘉烈醫院不是指定的綜合症醫院，上述 744 名病人便會在轉介地區內重新分布。下圖撮述綜合症病人重新分布的模式：

圖表 3.15 綜合症病人的重新分布模式
模擬方案結果



* 統計日期為二零零三年四月十一日

KW 表示瑪嘉烈醫院所在的九龍西區

KE 表示基督教聯合醫院所在的九龍東區，也是淘大花園所在地區

NTE 表示威爾斯親王醫院所在的新界東區

KC 表示九龍中區

HK 表示港島區

NTW 表示新界西區

上述結果顯示，根據模擬方案把瑪嘉烈醫院的綜合症病人重新分配，會為九龍東區的醫院帶來嚴重後果(除照顧非綜合症病人的服務需要外，還須應付三倍的綜合症個案)，並會令新界東區本已困難的情況更加惡化(綜合症個案倍增之餘，還須繼續處理威爾斯親王醫院疫症的後遺影響)。

疫情退卻階段

3.111 香港的綜合症疫情始自威爾斯親王醫院爆發疫症，到淘大花園的社區爆發時達至高峰；之後疫情進入退卻階段，初時速度緩慢，到了五月中加速至完全退卻。

3.112 在疫症的退卻階段，有多間醫院、屋邨或住宅大廈爆發疫症，但規模遠較威爾斯親王醫院和淘大花園的疫情為小，顯示一連串的公共衛生控制措施已漸見成果。下文簡述疫情退卻階段的爆發事件。

雅麗氏何妙齡那打素醫院的疫情

3.113 雅麗氏何妙齡那打素醫院是新界東區威爾斯親王醫院的姊妹醫院。威爾斯親王醫院的急症室於

三月十九日關閉，令雅麗氏何妙齡那打素醫院的工作量大增。例如，病房的入住率曾一度超過 120%。該院爆發綜合症的原因，是有些因其他病症入院的病人其後才發現原來是綜合症患者。雅麗氏何妙齡那打素醫院爆發疫症的規模很大，共有 40 名員工、75 名病人、17 名探病人士和 24 名與病人有密切接觸的人士受感染。總共有超過 900 名出院病人和探病者需接受衛生署的健康監察。

3.114 醫院有五間病房爆發疫症。首先涉及五名醫護人員，在三月三十一日發現，並於四月一日向衛生署通報。另外三名員工和九名病人也很快染病。其他病房不久也相繼爆發疫症；最後一間病房是在四月

圖表 3.16 香港的綜合症個案
按發病日期編製的流行病曲線圖



十五日通報爆發疫症。其中兩名源頭病人是外科病人，一名因直腸流血入院，另一名則因腹痛和腹瀉。當醫生採用胸肺 X 光和淋巴細胞數檢查同一病房內的病人後，才發現該名直腸流血的病人是感染源頭。檢查結果發現，他的淋巴細胞數低，胸肺 X 光片呈現陰影。

3.115 除了出現無典型表徵的綜合症病人(潛伏病人)外，導致雅麗氏何妙齡那打素醫院爆發疫症的其他因素，包括該院因威爾斯親王醫院關閉急症室而承受不勝負荷的工作量、病房擠迫，以及隔離房間不足。

3.116 院方採取的其中一項感染控制措施是把有感染個案的病房內的病人檢疫七天。拒絕檢疫的人士會被視作不遵從醫生勸告自行出院，當局會指示他們到衛生署指定醫療中心接受健康監察。

3.117 四月三日，院方撤離第一間爆發的病房內的病人以便進行清潔病房，期間將 14 名以為未受傳染的病人轉送到大埔醫院療養及繼續檢疫。不幸的是，這些病人之中有部分其後亦成為綜合症個案，因而觸發大埔醫院爆發另一場疫症。

大埔醫院的疫情

3.118 大埔醫院是一間療養暨復康醫院，與雅麗氏何妙齡那打素醫院毗鄰。四月三日，該院接收了 14 名來自後者的病人留院療養。四月

非典型的綜合症

綜合症的典型表徵包括發燒、呼吸道病徵及 X-光片呈肺炎病變。但有一部份患者屬「潛伏」個案，即他們因無典型的表徵（如在發病初期沒有發燒）而難於分辨為綜合症患者。

潛伏個案多為長者或免疫能力減弱並同時患有其他疾病的病人。他們一般沒有發燒或肺部浸潤的症狀，而且通常是因其他診斷而入院。在大部份情況下，他們只會在追蹤接觸者時或經化驗後才發現為綜合症個案。

這些長者和長期病患者的綜合症病徵，可能被其他同時患有的疾病及服用的藥物掩蓋或混淆。例如，冠心病及中風的藥物可抑制發燒；長期肺病及充血性心臟衰歇的病人一般都有呼吸道病徵；及曾患肺結核病的患者，肺部 X-光片病變會不易分辨等。有報告顯示年長的綜合症患者的潛伏期可能長至 14 天。雖然 90% 的六十五歲以下的綜合症患者都有發燒的病徵，但在長者中只有 76% 的患者出現該病徵。

二十三日，衛生署接獲通知，來自大埔醫院不同病房的兩名員工和 15 名病人出現綜合症的症狀。最終發現共有 37 人(包括三名員工、29 名病人、三名探病人士和兩名曾與患者有密切接觸的人士)感染綜合症。當局總共追查了 143 名曾與患者接觸的人士。

基督教聯合醫院的疫情

3.119 基督教聯合醫院在三月二十六日通知衛生署，該院接收了 15 名來自淘大花園的病人，該屋苑的綜合症疫情才為人所知。其後數日，大量的淘大花園居民相繼入院。直至三月二十九日瑪嘉烈醫院開始接收所有新個案時，聯合醫院已接收了超過 100 宗來自這場社區爆發的懷疑和證實個案；而當四月七日瑪嘉烈醫院停止接收其他醫院的新轉介個案時，聯合醫院正處理約 150 宗綜合症個案。

3.120 聯合醫院在四月二日發現該院爆發疫症，並於同日向衛生署通報。在三月三十一日至四月二十日期間受感染的 26 名員工當中，只有五人在綜合症病房內工作。經追

查後，發現感染源頭為三名病人(其中兩人住在淘大花園)，入院時的診斷均並非綜合症患者。這些潛伏病人當中，一人有發燒和腰痛，一人出現精神紛亂，另外一人則為只有輕微發燒的末期肺癌患者。四月六日，聯合醫院全面停止接收內科病人，直至四月十四日才恢復服務。

明愛醫院的疫情

3.121 明愛醫院在四月二十三日通知衛生署，該院兩名醫護人員感染綜合症。調查顯示，疫症已蔓延至醫院的護士宿舍。在明愛醫院的疫症，共發現 24 宗個案，包括九名醫護人員和 15 名病人。源頭病人為一名可能在醫院以外感染綜合症的醫護人員。

圖表 3.17 在疫情減退期間醫院爆發疫症的分布圖



屯門醫院的疫情

3.122 屯門醫院在四月二十七日通知衛生署，該院一間內科及老人科病房內的醫護人員感染綜合症。該感染羣組共涉及 16 宗個案，包括五名員工、十名病人和一名探病人士。發病日期介乎四月十八日至五月二十一日之間。經追查後，發現感染源頭為兩名無典型表徵的潛伏病人。當局總共追查了 250 名曾與患者接觸的人士。

浸信會醫院的疫情

3.123 私營的浸信會醫院在三月爆發疫症後，到四月中又爆發第二次疫症，院方在五月二日把第二次爆發疫症一事通知衛生署。疫症涉及 13 宗個案，包括兩名護士、六名病人和五名患者家屬。經追查後，發現感染源頭為兩名從未與患者接觸的病人。該院董事會其後就管理層處理疫症的手法展開獨立調查。

北區醫院的疫情

3.124 北區醫院位於新界東聯網範圍內，即與威爾斯親王醫院和雅麗氏何妙齡那打素醫院同屬一個聯網。新界東聯網的政策是保持北區醫院不受綜合症感染。該院具備清晰的集中護理政策，所有懷疑染上綜合症的病人都被安置在隔離病房，一經斷定患上綜合症，會立即轉送至威爾斯親王醫院或雅麗氏何妙齡那打素醫院。發燒的病人會送入感染分流病房，沒有發燒的病人，則直接送入普通內科病房。

3.125 儘管院方作出這些安排，衛生署在五月二十四日仍接報該院有三名病房員工感染綜合症。最終發現共有 18 人(包括四名員工、11 名病人和三名曾與患者有密切接觸的人士)感染了綜合症。追查感染源頭，發現是兩名無典型表徵的潛伏病人。當局共追查了 780 名曾與患者接觸的人士。

高威閣的疫情

3.126 高威閣是一個位於港島東區的私人屋苑。該屋苑一名居民於四月五日經診斷發現染上綜合症。四月九日，東區尤德夫人那打素醫院通知衛生署，該屋苑另有三名居民懷疑染上綜合症入院。

3.127 衛生署人員接報後立即到高威閣，查問受感染大廈的所有居民。當局借鑑淘大花園疫症中汲取的經驗，勸諭居民將 U 形聚水器注滿水，同時消毒住所；亦提醒大廈管理處，加強公眾地方(包括平台下層商場)的清潔和消毒工作，又從有感染個案和無個案的單位及公眾地方抽取環境拭抹樣本和水質樣本化驗，結果全部都沒有發現冠狀病毒。

3.128 當局追查感染源頭，最後發現一名居民可能在淘大花園附近的牛頭角下邨感染該病。高威閣的患者發病時間介乎三月二十五日至四月十二日之間，一共錄得 12 宗個案。

興東樓的疫情

3.129 興東樓屬於東頭邨(位於九龍黃大仙區的公共屋邨)其中一座。四月二十日，衛生署發現該幢樓宇出現感染羣組，涉及六名病人，發病日期介乎四月二日至十二日之間，其中四名病人來自同一家庭。

3.130 不論住戶中是否有人感染，當局均通過逐戶家訪和每日電話跟進，進行密切監察。由衛生署率領的多部門應變小組進行環境調查，重點是 U 形聚水器和污水渠的情況，並且進行殺滅疾病媒介的工作。其後，興東樓再沒有發現新的綜合症個案。

榮瑞樓的疫情

3.131 四月二十二日至二十八日期間，衛生署得知瀝源邨(位於沙田的公共屋邨)榮瑞樓出現三宗個案，分別來自兩個單位。源頭病人的發病日期是四月十七日，最終發現共有 12 名居民感染。

3.132 多部門應變小組進行實地調查，沒有發現任何證據顯示疫情蔓延涉及環境因素。應變小組在屋邨的公用地方和榮瑞樓所有單位進行徹底消毒和殺滅疾病媒介的預防措施，同時加強宣傳個人衛生的信息。

疫情的結束

3.133 在社區多個層面實行一連串以個人及環境衛生為重點的公共衛生控制和預防措施後，綜合症個案在四月下旬急速下降。在五月四日，單日新個案首次跌至十宗以下。由五月十六日起，單日新個案再跌至五宗以下。

3.134 世衛在四月二日開始對香港發出近兩個月的旅遊警告，在五月二十三日撤除。在撤除旅遊警告一個月後，即六月二十三日，香港終於在世衛的綜合症地區名單中除名。香港綜合症疫情在錄得 1,755 宗個案及 300 宗死亡個案下結束。在 300 名離世的病人中，共有八名醫護人員，當中六名來自公立醫院，兩名為私家醫生。

引言

4.1 委員會已詳細研究香港出現綜合症疫情的始末，審閱了意見書，也會見背景迥異的各方人士，由此獲得大量資料和證據。從各方面的資料顯示，香港市民在對抗這種新疾病時，臨危不亂，勇敢面對逆境。我們藉此向那些在疫症中痛失摯親的人士，致以深切的慰問。

4.2 整體而言，香港對疫情處理得宜，但疫症初期，對這個疾病及其成因所知甚少的時候，無疑在體制方面出現了一些明顯的缺失。委員會認為沒有人因疏忽職守，未盡全力或行政失當而應受到譴責。我們在得出這個結論時，已經充分考慮事後論斷的危險，因此在研究每一件事務時，都盡力設身處地探討當時所知以及能夠做到的限度。

4.3 疫症暴露了體制上的一些缺失，隨着疫症蔓延，一些擔任要職的人員亦感染綜合症，令問題更趨嚴重。很多缺失很快便糾正過來，而各級人員在逆境中憑着努力不懈的幹勁，也克服了其餘的體制上的缺失。

4.4 委員會在與各方人士會晤的過程中，發現一些顯著和曾引起關注或不滿的重要議題。委員會對這些議題的看法和見解，將在本章內逐一作出評論。隨後各章將會討

致敬

八位在對抗綜合症期間不幸殉職的醫護人員－

- ◆ 鄭夏恩（大埔醫院醫生）
- ◆ 張錫憲（私人執業耳鼻喉科專科醫生）
- ◆ 劉錦蓉（聯合醫院健康服務助理）
- ◆ 劉大鈞（私人執業小兒外科專科醫生）
- ◆ 劉永佳（屯門醫院註冊護士）
- ◆ 鄧香美（聯合醫院健康服務助理）
- ◆ 謝婉雯（屯門醫院醫生）
- ◆ 王庚娣（威爾斯親王醫院病房服務員）

這些醫護人員在對抗疫症期間捨身救人，他們勇敢堅毅和無私奉獻的專業精神，銘刻人心。

論從疫症中可汲取的經驗和探討一系列相關的主題。

初期在廣東省和香港發生的事件

4.5 早在二零零三年三月中威爾斯親王醫院爆發綜合症前，廣東省已發生了一連串不尋常的事件。不少人不禁問：在這些初期迹象出

現時，香港有關當局是否有適當的跟進。

4.6 委員會在考慮這問題時，有以下的觀察 –

- ◆ 本地傳媒在二零零三年二月十日報道廣州爆發非典型肺炎，衛生署隨即設法與廣州和廣東省當局聯絡。由於得不到回覆，衛生署當天直接向北京的衛生部提出此事。翌日，廣州市衛生局舉行記者招待會，講述廣東省爆發非典型肺炎的情況，並呼籲公眾不用恐慌。
- ◆ 當時有不少人揣測廣東省的疫症可能由禽流感引起，引導了許多本地和國際的調查人員追尋一條錯誤的線索。
- ◆ 廣東省衛生廳在二零零三年一月二十三日獲得的非典型肺炎疫症調查報告，只作有限度傳閱。香港有關當局當時並不知道有這份報告。
- ◆ 二零零三年二月十八日，北京的中國疾病控制及預防中心宣布，引發廣東省這次疫症的病原體很可能是衣原體。衛生署獲悉世衛的一支專家隊伍在二零零三年二月二十三日起派駐北京。當時該署認為不宜派遣資料搜集小組前往內地。
- ◆ 據衛生署所知，香港與內地的學者曾就當時的情況交流意見，但沒有收到本地學者指有不尋常發現的報告。
- ◆ 醫管局總辦事處在二零零三年二月十一日成立工作小組，策劃設立一套系統監察公營醫院的非典型肺炎個案。鑑於醫管局轄下各醫院平均每月接收肺炎個案的數目多達 1,400 宗，工作小組決定把注意力集中在嚴重社區型肺炎個案。這屬於合理的決定。
- ◆ 衛生署參與醫管局工作小組的工作，以加強監察系統。二零零三年二月十三日，衛生署要求私家醫院在接到嚴重社區型肺炎個案入院時作出報告。
- ◆ 從二月中至三月初，有以下四宗個案：一宗禽流感(H5N1)的證實個案，患者曾到過福建；一宗在廣華醫院留醫的個案，患者是一名來自廣州的教授；一宗從仁安醫院轉介威爾斯親王醫院的個案；還有一宗從河內轉送香港處理的個案。這些個案都由嚴重社區型肺炎監察系統識別出來。
- ◆ 二零零三年二月二十四日，衛生署調查來自廣州的教授在廣華醫院留醫的個案，並追查曾與他接觸的人士，結果發現他

和妻子曾在二月二十一日至二十二日，入住M酒店。衛生署當時沒有在M酒店追查曾與該教授接觸的人士，因為未有接獲與該酒店有關的嚴重社區型肺炎的其他個案的報告，也沒有環境因素顯示需要採取追查行動。既定的做法是追查曾與患者有密切接觸的人士，而不是病者停留過的地方。數名曾與該教授接觸的人士患病，看來是經由親屬之間的密切接觸而感染。儘管如此，衛生署署長曾與其中一名主診醫生和政府病毒科的顧問醫生商議，探討須採取什麼進一步的行動以查出病原體。

- ◆ 新加坡衛生部於二零零三年三月八日與衛生署就另一課題通電話時，首次就三名二月底訪港旅客在返回新加坡後因肺炎入院一事進行討論。他們三人均曾入住M酒店，其中兩人為朋友。三人接受化驗調查，在接受抗生素治療後，病情明顯得到改善。由於沒有充分證據顯示他們染病是與M酒店有關，衛生署促請新加坡衛生部如果從化驗中得到有用資料時通知該署。
- ◆ 威爾斯親王醫院爆發疫症的源頭病人於二零零三年三月四日入院。從事後分析得知，截至二零零三年三月八日(衛生署獲悉三宗新加坡個案當日)，威爾斯親王醫院已有多人感染綜合症。即使衛生署於二零零三年三月八日開始在M酒店追查曾經與患者接觸的人士，委員會相信對該院疫情的發展也無補於事。因為這名病人是M酒店的訪客，而不是住客，衛生署也不可能更早找出導致威爾斯親王醫院爆發疫症的源頭病人。這名病人於二零零三年三月十三日才首次被懷疑為源頭病人，並於翌日獲證實。及至他被確定為源頭病人和在多番詢問下，他才於二零零三年三月十九日透露曾在這段期間到訪M酒店。
- ◆ 威爾斯親王醫院源頭病人的臨牀症狀與從廣州來港的教授和由河內轉介過來的病人的症狀相當不同。後兩者有嚴重社區型肺炎的臨牀病徵，而源頭病人的病情則較輕微。因此，當他入住8A病房時，該院並沒有採取慣常的感染控制措施，而他的病況亦未符合監察制度所要求通報的嚴重社區型肺炎個案定義。
- ◆ 威爾斯親王醫院爆發疫症之始，人們對這個新疾病所知甚少。世衛也是到了二零零三年三月十五日才把疾病命名為嚴重急

性呼吸系統綜合症，並首次發出針對爆發疫症地區的緊急旅遊警告。

4.7 基於以上各點，委員會認為，就當時所得的資料而言，香港有關當局的處理手法合理，亦能因應當時所得的證據跟進調查。委員會亦留意到當時香港和國際社會未能掌握廣東省非典型肺炎疫情的確實資料，否則香港的疫情或可減輕。

威爾斯親王醫院的疫情

4.8 威爾斯親王醫院處理疫情的手法，也受到不少人的批評。

4.9 二零零三年三月十日，威爾斯親王醫院的管理層接報在 8A 病房工作的 11 名醫護人員同時放取病假，院內爆發疫症才開始為人所知。同日該院關閉 8A 病房，不再接收病人和禁止探訪。

4.10 除當時在醫院推行的應變工作外，當局(包括衛生福利及食物局、衛生署及醫管局)也就應付疫症做了大量工作。同時香港當局還進行不少對外的的工作，例如世衛於二零零三年三月十二日就非典型肺炎發出全球通報後，衛生福利及食物局與衛生署在本地作出回應。

4.11 疫症爆發初期，新疾病尚未命名；症狀模式還未能清晰界定；病毒的傳染性也無從知道；而致病的病原體仍未分隔出來。

4.12 疫症在一個有利疾病傳播的環境下爆發：醫院環境欠佳、感染控制措施不足、醫管局、大學和衛生署之間及與傳媒的關係亦存在缺點。

4.13 在疫症爆發初期，人人都深感憂慮和驚懼，最初的應變工作深受影響。

4.14 有關醫院運作的決定。委員會知悉，醫院運作的決定是在會議(就非典型肺炎召開的聯網會議)上集體達成的。與會人士包括醫院聯網管理層的高級人員、部門主管(大部分為香港中文大學(中大)教授人員)、臨牀主管、感染控制組主管及中大醫學院院長。至於涉及尋求協調或批准(例如轉介緊急個案往其他醫院和關閉急症室)等事宜，則在諮詢醫管局總辦事處後，才作出決定。委員會認為醫院沒有預先制定疫症控制計劃，加上威爾斯親王醫院就疫症控制措施作出重要決定時缺乏衛生署人員的參與，均無助處理疫情。

4.15 關閉醫院的問題。委員會知悉，就非典型肺炎召開的聯網會議曾討論多項與關閉醫院有關的事宜，包括是否只讓內科病人前來醫院取藥而不經醫生診斷、轉介內科急症到其他醫院、關閉急症室、停止所有需深切治療部支援的非緊急手術，以及全面禁止病人入院。醫管局及威爾斯親王醫院的管理層告知委員會，有關醫院運作的決定均以病人的安全(包括感染控制及有

否足夠人手照顧病人)為依歸。反觀台灣曾關閉了一間市立醫院兩個星期，藉以防止綜合症擴散至院外地方，但料不到卻引起公眾恐慌和抗議。委員會認為，整體來說，醫管局及威爾斯親王醫院的管理層就縮減威爾斯親王醫院的醫療服務所作決定屬合理及恰當。

4.16 **限制探訪政策**。8A病房的禁止探訪政策於二零零三年三月十一日作出修改，對探訪施加限制，規定訪客須戴上手術用口罩、即棄保護袍及手套。在第二重感染病例的42名訪客中，他們全都在二零零三年三月十日或之前曾到過8A病房探訪，而第三重感染病例中則無8A病房的訪客。委員會認為，有關在二零零三年三月十一日起，把8A病房的探訪政策由完全禁止改為限制探訪的決定合理。

4.17 **威爾斯親王醫院關閉和重開非典型肺炎病房的程序**。威爾斯親王醫院重新開放病房的準則是按照一個基本原則：不應把懷疑或證實感染非典型肺炎的病人與其他疾病的患者混雜處理。院方把患有類似疾病的病人安排在同一病房。8A病房於三月十日至十二日期間關閉，並於三月十三日晚上重新開放為接收非典型肺炎病人的集中護理病房。院方把8A病房和8B病房用作接收懷疑或證實感染非典型肺炎的病人。8D病房於二零零三年三月十二日開放為甄別病房，接收有發燒和呼吸道感染症狀的病人，讓他們接受初

步的診斷甄別。如病人出現發燒、淋巴細胞減少的症狀，以及X光片顯示肺部病變及有接觸非典型肺炎病人的記錄，他們會被轉往8A病房(男性病房)或8B病房(女性病房)，接受進一步治療。鑑於當時威爾斯親王醫院的情況和對有關疾病缺乏認識，委員會認為於二零零三年三月十三日晚上把8A病房轉為集中護理病房接收懷疑感染非典型肺炎的病人，是合理的安排。

4.18 **衛生署和醫管局的關係**。委員會知悉，衛生署在二零零三年三月十一日才從傳媒的報道得知威爾斯親王醫院爆發疫症。衛生署隨即與該院院方聯絡，表示願意出席院方在當日上午稍後時間召開的特別會議，以了解疫情。衛生署人員只是出席威爾斯親王醫院的會議，參與討論與疫情有關的事宜，以及流行病學研究、追查曾與綜合症患者接觸的人士和相關事宜。該署沒有參與有關醫院運作和有關關閉醫院事宜的討論。委員會認為，衛生署與醫管局之間缺乏以人口為本的共識，去應付像這樣大規模的疫症；在疫症出現初期，也沒有充分了解到疫症對社區產生的各種影響。委員會亦留意到，衛生署和威爾斯親王醫院在工作層面上的個案資料通報，初時頗為混亂，這既涉及疫情的規模，也因個案急劇累積、症狀不明確和缺乏快速診斷測試等因素所致。當時所採用的資料管理系統，未能應付大規模疫症的需要，終致系統不勝負荷。衛生署受到批評，

指在追查曾與患者接觸的人士的工作上有所延誤。委員會認為，衛生署在短時間內，已做了大量追查曾與綜合症患者接觸人士的工作，這點連置身其中的其他機構人士也不一定能夠即時察覺。因此，委員會的結論是，鑑於資料管理系統的限制和當時各方工作關係，衛生署在本身的工作範圍內已盡其所能。然而，在疫症初期，整體處理過程中由於缺乏清晰領導，因而造成混亂，當局日後必須正視。

4.19 **醫管局和大學的關係。**委員會知悉，中大的教授人員有出席醫管局就非典型肺炎召開的聯網會議，並就醫院運作和應否封院等參與有關的決定。對醫管局和衛生署處理威爾斯親王醫院疫情的手法，中大人員主要有兩方面批評：醫管局與傳媒的溝通，以及衛生署在追查曾與患者接觸的人士方面有關工作是否足夠和迅速。此外，委員會知悉，中大人員在威爾斯親王醫院爆發疫症初期，曾自行進行個案調查和追查曾與患者接觸的人士。委員會的結論是，大學人員在醫院疫情中的角色並不清晰，而醫管局、衛生署和大學之間的溝通也有缺失。

4.20 **與傳媒的溝通。**根據委員會觀察所得，在威爾斯親王醫院爆發疫症一事上，當局與傳媒的溝通不足；溝通工作是由醫管局總辦事處而不是威爾斯親王醫院管理層負責。與傳媒溝通的渠道過於轉折，也很混亂。威爾斯親王醫院的行政

總監曾向委員會反映，事後看來，他情願親自負責處理與傳媒溝通的事宜。委員會諒解威爾斯親王醫院和醫管局面對的問題，因為當時這種嚴重和原因不明的疫症剛剛爆發。委員會的結論是，因沒有既定的溝通策略，以致作出回應時受到制肘。

4.21 威爾斯親王醫院爆發疫症後，各有關人士在極大壓力和極度焦慮之下，仍然努力不懈，應付這次危機，委員會深表讚賞。不過，委員會的結論是，由於沒有充分的應變計劃，同時，在應付這類性質及大規模疫症爆發時，體制上出現一些缺失，當局在疫症初期的應變工作實有不足之處。特別需要注意的是，醫院的感染控制架構有弱點、員工在感染控制方面的訓練不足、醫院環境欠佳(包括病房設計、牀距和通風設備)、設備不足、缺乏既定的疫症控制計劃或溝通策略，以及醫管局、衛生署和大學各自的任務和職責沒有清晰的界定。

二零零三年三月中是否有出現疫症在“社區爆發”的情況？

4.22 **社區爆發的定義。**人們經常反覆提問：政府在疫症初期是否隱瞞了疫情的嚴重性，並且反應緩慢。

4.23 委員會知悉，面對一個原因不明的新疾病在威爾斯親王醫院爆發，香港的有關當局在最初期，

對這種疾病所知不多的時候，便開始以公開和具透明度的態度發放消息。在這種情況之下，當局面對的最大挑戰，其實是如何以公開、坦誠、清晰和體恤的方式發放消息，但同時又不會事後證實出錯。當局一方面要設法安撫公眾和消除他們的恐懼，但同時又不可以讓公眾掉以輕心；必須小心平衡這兩方面。

4.24 委員會知悉，社會上有人爭論：在二零零三年三月中是否有出現“社區爆發”疫症的情況。衛生福利及食物局局長向委員會清楚表明，政府肯定從來沒有試圖隱瞞問題的嚴重性，而是盡量向公眾發放消息。不過，政府在疫症初期面對兩大難題：首先是有關疫症的資料由醫院傳達至衛生福利及食物局時已相隔一段時間；其次就是對這疾病缺乏認識，而嚴重急性呼吸系統綜合症這名稱在那時仍未出現。衛生福利及食物局局長表示，在二零零三年三月十四日，他在回應傳媒詢問非典型肺炎是否在社區爆發時，解釋了香港肺炎個案的一般數字，並指出據觀察所得，並未有發現肺炎個案整體數目不尋常的增加。他進而嘗試解釋威爾斯親王醫院的個案，似乎屬某一類的非典型肺炎。他在憶述時表示，他從十分技術性的角度設法解釋這個疾病。他認為，事後看來，他也許不應評論疫情是否在社區爆發，而只應說出當時在醫院實際發生的事情。報章的報道令人產生一個印象，就是他試圖隱瞞疫症的嚴重性，以及過分着重安

撫市民。傳媒於二零零三年三月十七日及十八日報道了一名大學教授對疫情發表的言論。由於這番言論與政府的截然不同，政府發放的消息的可信程度因而受到質疑。

4.25 委員會知悉，在衛生福利及食物局局長在二零零三年三月十四日發表非典型肺炎是否在社區爆發的言論時，並沒有證據顯示這種綜合症病毒在醫院以外，於人與人之間快速地傳播。不過，當時公眾極度憂慮和恐懼會受到傳染。委員會認為，為了避免衛生福利及食物局局長的**政治角色和專業背景出現混淆**，這類技術性問題應由衛生署一名負責公共衛生事務的高級人員回答。委員會的結論是，衛生福利及食物局局長的言論嚴格來說是沒有錯的，同時，他確實存心想舒緩公眾的恐懼。但事後看來，他的措辭應更為審慎。此外，並沒有證據顯示這場爭論降低了公眾對綜合症造成的公共衛生威脅的警覺性。

把綜合症列為應通報的疾病

4.26 委員會得悉另一個富爭議的問題，就是當局在修訂法例把綜合症列為應通報的疾病，以取得法定權力來應付疫情，究竟有沒有延誤。有關法例是《檢疫及防疫條例》(香港法例第141章)，該法例為其附表1所列傳染病規定的法定通知事宜以及預防和控制權力提供了依據。這些權力大部分授予衛生署署長。

4.27 衛生署向委員會表示，在疫症初期，公共衛生工作受制於多項因素，包括缺乏化驗所診斷測試，以及個案定義不明確等。衛生署開始時刻意避免實施嚴厲的措施，例如強制檢疫，以免令綜合症患者躲藏起來。同時，衛生署亦關注到其他問題，例如公民自由、公眾的接受程度、控制措施能否奏效(或會否令綜合症蔓延風險增加)，以及實施這些措施的可行性等。

4.28 綜合症在二零零三年三月二十七日納入應通報的疾病名單中。若早一點把綜合症列為應通報的疾病，可能有助提高公眾對綜合症的警覺性，並能確保在有需要時可運用法定權力，來保障公眾健康和安安全。結果，隨着綜合症的傳染性日漸明顯，衛生署逐步實施隔離和檢疫措施。綜合症未列為應通報的疾病之前，衛生署已對曾與患者有密切接觸的人士進行自願性質的健康監察，其間在取得有關人士合作方面並沒有遇到重大困難。即使早一點把這種疾病列為應通報的疾病，實在不能確定效果是否會有分別。不過，為審慎計，日後應確保能迅速取得緊急應變的權力備用，以應付新出現或新發現的疾病，同時，也應把這事項列為控制大型疫症爆發計劃的工作清單中，需要優先處理的項目。

4.29 鑑於世衛在二零零三年三月十五日就綜合症發出緊急旅遊警

告，而當時對這個疾病所知不多，委員會認為，為審慎計，當時應盡早把綜合症納入應通報的疾病名單中。

淘大花園的綜合症疫情

4.30 當局處理淘大花園疫情的手法也惹來不少批評。主要問題是：這場疫情是否可以避免？處理疫情的手法又是否恰當和足夠？

4.31 衛生署調查淘大花園綜合症疫情的結果顯示，源頭病人很可能首先傳染了E座一小撮居民，然後經由污水系統、人與人接觸和使用公用設施，令該座其他居民受到感染。這些居民接着通過人與人接觸和環境污染，把綜合症傳染給E座內外的其他人。其後負責檢討淘大花園綜合症疫情的世衛小組在二零零三年五月十六日作了以下匯報：

“引致綜合症的冠狀病毒在淘大花園這個香港住宅屋苑擴散的原因，很可能是由於當時一連串的環境及衛生問題不幸地同時出現所致。”

4.32 淘大花園綜合症疫情的源頭病人由威爾斯親王醫院出院。該病人是淘大花園疫症中最早出現發燒和腹瀉症狀的病人，所以稱為源頭病人。他在二零零三年三月十四日在淘大花園過了一夜。根據醫管局的資料，該病人在二零零三年三

月十五日入住威爾斯親王醫院，X光片顯示肺部病變，並懷疑曾在深圳與患者接觸。經臨牀診斷後，醫生認為該病人患上非典型肺炎，於是把他送入8A病房。數日後，病人的咽喉抽取液化驗結果顯示他患上甲型流行性感冒；經抗病毒藥物奧司他韋(達菲)治療後，病情好轉。由於他已退燒，而且X光片顯示肺部陰影差不多完全清除，所以院方在三月十九日讓他出院。該病人的臨牀情況其後急速惡化，在三月二十二日再度入住威爾斯親王醫院，須接受插管治療。事後看來，該病人很可能在第一次入院時已同時感染了甲型流行性感冒和綜合症。基於該病人的初期臨牀表徵，加上綜合症病原體直至三月二十二日才被分辨出來(因此缺乏綜合症診斷測試)，委員會認為，治理該病人的手法和威爾斯親王醫院批准他在三月十九日出院的決定均屬合理。

4.33 淘大花園疫情源頭病人的流行病學調查。根據轉介個案的總目，威爾斯親王醫院在二零零三年三月十六日晚上，首次將源頭病人的個案轉介衛生署，以便追查曾與他接觸的人士。衛生署職員與威爾斯親王醫院人員商討各轉介病人的最新臨牀情況，並在三月十七日就昨晚收到的轉介個案展開調查，由病情較為嚴重的個案開始。衛生署向委員會表示，可能到了衛生署人員準備與源頭病人會面時，病人已被斷定患上甲型流行性感冒，因此

衛生署認為無須採取任何跟進行動，而威爾斯親王醫院其後也把源頭病人從轉介衛生署的病人總目中除名。二零零三年三月二十三日，威爾斯親王醫院通知衛生署該病人再次入院後，衛生署職員隨即就個案展開調查。考慮到斷症過程出現不明朗情況及臨牀診斷需時，委員會認為此個案的流行病學調查有所延誤，實屬無可避免。

4.34 處理淘大花園爆發的疫症。鑑於淘大花園E座疫症個案數字不斷急劇上升，當局於二零零三年三月三十一日清晨向該座發出隔離令。隔離令的目的是要防止E座受感染的人士把病毒傳播到社區。當局接到最新資料顯示污水系統可能是傳播病毒的途徑後，立即於二零零三年四月一日把E座居民搬遷到安全地方。搬遷的目的在於保障E座居民的健康。事後研究顯示，有五名E座居民於二零零三年四月一日至十五日期間出現綜合症的症狀：其中四名於二零零三年四月一日至三日期間發病；餘下一名於二零零三年四月十五日發病。

4.35 委員會知悉當局在確定環境的潛在危險的性質後，立即採取果斷的措施，把E座的居民搬遷、隔離和進行檢疫，而這類嚴厲的監控措施已幾十年沒有採用。執行這項緊急的撤離計劃時，過程順利，正正展示資源調配得宜，以及與社區緊密合作的可貴。淘大居民(特

別是 E 座的居民)在疫症爆發期間衷誠合作，通情達理，令人留下深刻的印象。委員會認為當局在這次疫情中大體上處理得當。

4.36 **流行病學調查**。最初的流行病學調查只集中於個別的綜合症個案，而非所有受威脅的淘大花園居民。當局在人手方面和實地流行病學的專門知識都有不足，因而導致初期流行病學調查的目標含糊及進度緩慢。調查結果並沒有對當局考慮應採取什麼公共衛生監控措施時提供有用資訊。現行制度無力全盤了解淘大花園連串事故的重要性，並且錯失這些事故提供的寶貴機會以便更加認識綜合症的流行病學。儘管當局採取的公共衛生措施結果令人滿意，委員會認為流行病學調查應更全面和適時，以便充分把握這個寶貴機會更加瞭解綜合症。其中，流行病學的調查應以受威脅的社區為本，而不是集中個別個案。分析結果亦未能完全確定綜合症的實質損害，更遑論採取全面的補救措施。

指定瑪嘉烈醫院為處理綜合症的醫院

4.37 在二零零三年三月二十六日舉行的衛生福利及食物局專責小組會議上，衛生署提議把瑪嘉烈醫院指定為接收由指定醫療中心轉介綜合症患者的醫院。會後，醫管局

總辦事處高層管理人員進行了內部討論。當時約有 100 名綜合症患者，在瑪嘉烈醫院接受治療，而院內未有醫護人員受到傳染。鑑於院內已有專用的傳染病房設施，以及員工對處理傳染病有一定經驗，醫管局決定指定由瑪嘉烈醫院作為處理綜合症的醫院，接收由指定醫療中心及其他醫院急症室轉介的綜合症患者。

4.38 在首星期，瑪嘉烈醫院每日接收的新綜合症患者平均超過 70 人，當中不少病人病重和需要接受深切治療。由於未能預計會突然出現大量的綜合症患者(主要來自爆發疫症的淘大花園)，把瑪嘉烈醫院的人手及專門知識推至極限。院內處理大量病情極為嚴重的綜合症患者，大大增加了醫護人員受到傳染的風險。委員會認為，指定瑪嘉烈醫院為處理綜合症的醫院的決定，在當時而言是合理的，但在淘大花園的疫症規模明朗化時應作檢討及重新考慮這項安排。

與私營機構的協作

4.39 委員會聽到一些負面評論，指公營與私營醫療機構在綜合症爆發期間缺乏溝通、合作和協調。公營與私營醫療機構的區分意味着醫療體制本身存在某種程度的內在競爭，結果出現了一些指稱，例如說縱使公營醫療機構不能獨力有效地

應付綜合症，醫管局仍不願把病人轉介往私營醫療機構接受治療，恐怕這些病人會轉用私營機構的服務；又指稱在綜合症傳染力方面私家醫生受到誤導或收到錯誤訊息；此外也有指稱說私營機構難於取得防護裝備，因為要與醫管局爭購這些裝備。另一方面，一般都同意私家醫院如沒有醫管局的協助，便沒法應付綜合症。

4.40 疫症期間，綜合症病人全都獲轉介往醫管局轄下的醫院接受治療。私家醫生和私家醫院曾提出願意協助照顧非綜合症病人；不過，當局似乎並未充分運用這方面的額外資源。私營醫療機構的代表向委員會表示，當醫管局以往的病人向私營醫療機構求診時，私家醫生要取得由醫管局保存的病人記錄並不容易。再者，政府似乎亦未能適時向社區醫生、藥劑師和傳統中醫發放有關綜合症的資料和指引，阻礙了各方在預防疫症方面的協調工作。私家醫生表示，疫症的整段期間，他們致力維持醫護服務，但他們的貢獻未獲充分肯定。

4.41 不過，也有一些良好的協作例子，包括由衛生署、醫管局和私營醫療機構攜手進行的數項工作。一些私家診所充當定點監察站，定期向衛生署的監察網絡通報感染病例，例如類似流行性感冒的病例。此外，當局請私家醫院由二月起向

衛生署通報嚴重社區型肺炎病例，而衛生署化驗所亦設法推動私營化驗所參與監察工作。另外，衛生署和醫管局均對安老院的感染控制工作大力支援，而“到診醫生”或“一安老院一醫生”計劃亦成功推行。

4.42 委員會認為在疫症期間，私家醫院和私家醫生的參與並不足夠，是體制問題造成了多方面缺陷的明證。當局必須竭力與私營醫療機構發展更理想的伙伴關係，以便改善傳染病監察工作和提高感染控制水平，為未來作好充足準備，應付日後出現的公共衛生緊急事故。

香港的綜合症個案死亡率

4.43 委員會聽到一些負面評論，指香港的綜合症個案死亡率似乎比較其他地方高。

4.44 二零零三年八月十五日，世衛公布了全球 32 個國家／地區的綜合症數據摘要，詳見圖表 4.1。

圖表 4.1 按國家/地區列出的綜合症數據摘要表（二零零二年十一月一日至二零零三年八月七日）

地區	個案累積數目			年齡 中位數 (年齡 範圍)	情況				外地輸 入個案 (%)	受感染 醫護 人員(%)	第一宗 可能病 例發病 日期	最後一 宗可能 病例發 病日期
	女性	男性	總計		現時留 醫人數	康復 人數	死亡 人數	個案 死亡率 (%) ¹				
澳洲	4	2	6	15(1-45)	0	6	0	0	6(100)	0(0)	24-3-03	1-4-03
巴西	1		1	4	0	1	0	0	1(100)	0(0)	3-4-03	3-4-03
加拿大	151	100	251	49(1-98)	10	200	41	17	5(2)	108(43)	23-2-03	12-6-03
中國	有待 計算	有待 計算	5,327	有待計算	29	4,949	349	7	不適用	1,002(19)	16-11-02	25-6-03
中國香港 特別行政區	977	778	1,755	40(0-100)	7	1,448	300	17	不適用	386(22)	15-2-03	31-5-03
中國澳門 特別行政區	0	1	1	28	0	1	0	0	1(100)	0(0)	5-5-03	5-5-03
中國台灣	349 ³	319 ³	665	46(2-79)	10	475	180	27	50(8)	86(13)	25-2-03	15-6-03
哥倫比亞	1	0	1	28	0	1	0	0	1(100)	0(0)	2-4-03	2-4-03
芬蘭	0	1	1	24	0	1	0	0	1(100)	0(0)	30-4-03	30-4-03
法國	1	6	7	49(26-61)	0	6	1	14	7(100)	2 ² (29)	21-3-03	3-5-03
德國	4	5	9	44(4-73)	0	9	0	0	9(100)	1(11)	9-3-03	6-5-03
印度	0	3	3	25(25-30)	0	3	0	0	3(100)	0(0)	25-4-03	6-5-03
印尼	0	2	2	56(47-65)	0	2	0	0	2(100)	0(0)	6-4-03	17-4-03
意大利	1	3	4	30.5(25-54)	0	4	0	0	4(100)	0(0)	12-3-03	20-4-03
科威特	1	0	1	50	0	1	0	0	1(100)	0(0)	9-4-03	9-4-03
馬來西亞	1	4	5	30(26-84)	0	3	2	40	5(100)	0(0)	14-3-03	22-4-03
蒙古	8	1	9	32(17-63)	0	9	0	0	8(89)	1(11)	31-3-03	6-5-03
新西蘭	1	0	1	67	0	1	0	0	1(100)		20-4-03	20-4-03
菲律賓	8	6	14	41(29-73)	0	12	2	14	7(50)	4(29)	25-2-03	5-5-03
愛爾蘭 共和國	0	1	1	56	0	1	0	0	1(100)	0(0)	27-2-03	27-2-03
大韓民國 (南韓)	0	3	3	40(20-80)	0	3	0	0	3(100)	0(0)	25-4-03	10-5-03
羅馬尼亞	0	1	1	52	0	1	0	0	1(100)	0(0)	19-3-03	19-3-03
俄羅斯聯邦	0	1	1	25	1	0	0		NA	0(0)	5-5-03	5-5-03
新加坡	161	77	238	35(1-90)	0	205	33	14	8(3)	97(41)	25-2-03	5-5-03
南非	0	1	1	62	0	0	1	100	1(100)	0(0)	3-4-03	3-4-03
西班牙	0	1	1	33	0	1	0	0	1(100)	0(0)	26-3-03	26-3-03
瑞典	1	2	3	33	0	3	0	0	3(100)	0(0)		
瑞士	0	1	1	35	0	1	0	0	1(100)	0(0)	9-3-03	9-3-03
泰國	5	4	9	42(2-79)	0	7	2	22	9(100)	1 ² (11)	11-3-03	27-5-03
英國	2	2	4	59(28-74)	0	4	0	0	4(100)	0(0)	1-3-03	1-4-03
美國	16	17	33	36(0-83)	7	26	0	0	31(94)	1(3)	9-1-03	13-7-03
越南	39	24	63	43(20-76)	0	58	5	8	1(2)	36(57)	23-2-03	14-4-03
總計			8,422		64	7,442	916	11		1,725(20)		

¹ 個案死亡率以已知結果的個案為基礎，計算時不會考慮直接致死原因。

² 包括在工作時須接觸感染者但屬輸入個案的醫護人員。

³ 在剔除三宗個案後，按性別列出的分類數字有待計算。

4.45 委員會利用世衛提供的數據，把香港與其他有 60 宗以上綜合症的國家或地區的粗個案死亡率作一比較。比較結果(載於下表)可見香港的綜合症個案死亡率是 17.1%，統計上顯著高於內地的 6.6%，但顯著低於台灣的 27.1%。至於新加坡(13.9%)、加拿大(16.3%)和越南(7.9%)，與香港比較，從統計角度看沒有顯著分別。

圖表 4.2 粗個案死亡率對照

地區	可能個案數目	年齡中位數 (年齡範圍)	死亡人數	個案死亡率 (%)	概率值
中國內地	5,327	不適用	349	6.6	<0.01*
越南	63	43(20-76)	5	7.9	0.06
新加坡	238	35(1-90)	33	13.9	0.21
中國香港	1,755	40(0-100)	300	17.1	-
加拿大	251	49(1-98)	41	16.3	0.77
中國台灣	665	46(2-79)	180	27.1	<0.01*

*觀察到的差別偶然發生的或然率少於百分之一，即在統計學上有顯著差別。

4.46 綜合症患者的死亡率受不少預測病情因素影響。研究報告指出，年齡越大，同時患有其他疾病(如糖尿病、慢性乙型肝炎、肝機能障礙)和某些生化和血液顯示(高乳酸脫氫酶、絕對中性白細胞計數增加及淋巴細胞減少)均與較嚴重的綜合症個案有關，其中又以年齡這個預測病情因素導致綜合症患者死亡最為一致。醫管局所作的一項研究也顯示，年齡和同時患有其他疾病是導致綜合症患者死亡最重要的首兩個預測病情因素，詳情如下－

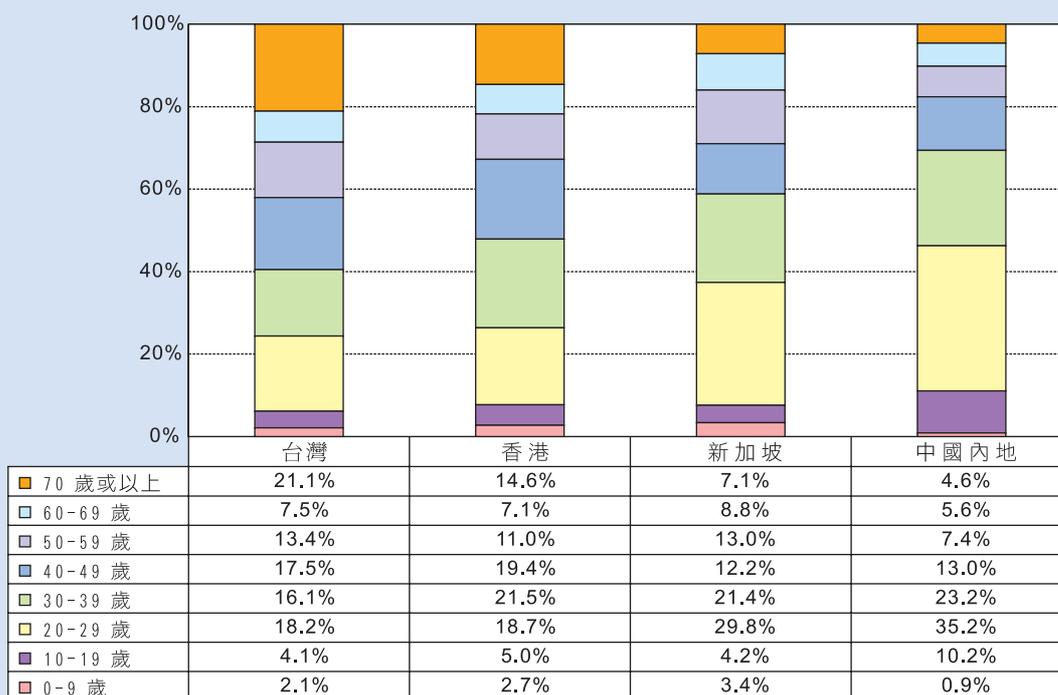
圖表 4.3 889 個年齡介乎 15 至 74 歲綜合症患者病例的預測病情因素

因素	經調整的比值比率 [#]	概率值
年齡	1.98(每 10 年↑)	< 0.0001
同時患有其他疾病	3.39(與沒有其他疾病的患者相比)	0.0002
中性白細胞計數	1.12(每 10 ⁹ /公升↑)	0.01
乳酸脫氫酶 - 首次讀數	1.02(每 10 個國際單位/公升↑)	< 0.0001

[#]其他調整因素包括性別、插管前飽和氧氣的最低含量和使用類固醇及利巴韋林。

4.47 研究綜合症個案死亡率的年齡概況對分析不同地區之間綜合症個案死亡率的差別很重要。以下是香港、中國內地、新加坡、台灣及加拿大有關綜合症個案的年齡分項數字（由於未能取得越南的資料，所以沒有把越南包括在內）。

圖表 4.4 綜合症個案的年齡分布
台灣、香港、新加坡及中國內地



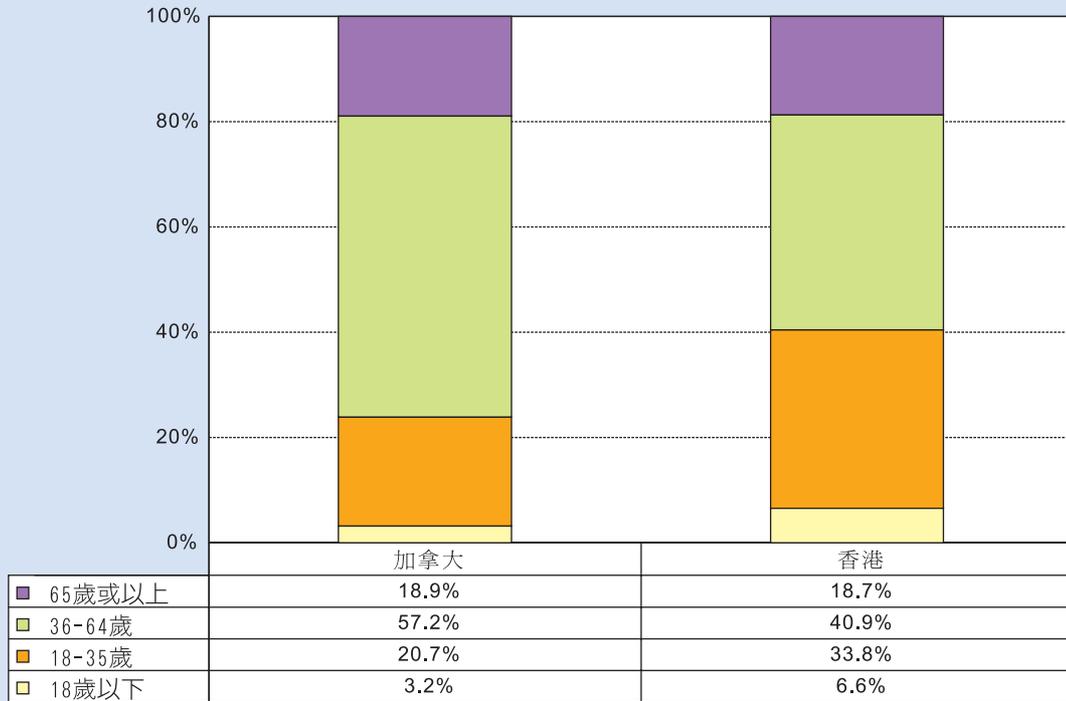
資料來源：

台灣衛生署綜合症網站 sars.doh.gov.tw（二零零三年九月四日的資料）

新加坡衛生部綜合症網站 www.moh.gov.sg/sars/media/age_sex.gif（二零零三年七月十六日的資料）

中國大陸衛生部綜合症網站 168.160.224.167/sarsmap/（二零零三年五月二十五日的資料）

圖表 4.5 綜合症個案的年齡分布
加拿大及香港



資料來源：加拿大衛生部，在二零零三年六月十三日至十四日假香港舉行的世衛綜合症臨牀治理工作坊的簡報

4.48 鑑於不同國家／地區的綜合症患者的年齡分布不同，以標準化死亡比作為準則，會較使用粗個案死亡率更為理想和準確。所謂標準化死亡比的計算方法，是指以香港的按年齡劃分個案死亡率作為標準，計算與其他國家／地區的死亡數字。比較的結果撮述如下－

圖表 4.6：不同國家／地區綜合症患者的標準化死亡比

地區	標準化死亡比	95% 置信區間
中國內地	72	65 至 80
加拿大	86	62 至 117
中國香港	100	-
新加坡	110	76 至 155
中國台灣	128	110 至 149

4.49 結果顯示，剔除年齡這個因素後，香港綜合症患者的標準化死亡比，低於中國台灣，與加拿大和新加坡的相近，但遠高於內地。這些差異的原因未明，但確定個案工作是否完整、診斷是否正確，治療方法是否有效，是否有使用中藥治療，以及長者所得到照顧的方式(例如家居照顧或院舍照顧)等因素均值得進一步探討。不過，這已超出委員會的職責範圍。

經驗和主題

全球化的趨勢：全球的警覺

5.1 全球化的趨勢使各地之間的連繫日益緊密，可是人和貨物在世界各地迅速往來之際，傳染病亦容易散播，原來屬於本土的衛生問題變成全球性問題，而全球性問題也帶來本土問題。

5.2 在疫症期間，香港的醫護體制是防止初次出現及新發現的傳染病向世界各地傳播的重要防線。在 M 酒店爆發綜合症，正好顯示一小撮的酒店住客和訪客如何把病毒輾轉散播開去，造成香港威爾斯親王醫院、河內、新加坡和多倫多等地的綜合症爆發。疫症提醒了世界各地，我們急需提高警覺，並從疫症中汲取經驗，預防新發現的病症。

作好準備

5.3 綜合症給我們最重要的啟示，就是必須作好準備以防初次出現及新發現的疾病。檢討中發現，尤其是在疫症初期，體制上有明顯的缺失，委員會對此並不感到意外，其他地方在面對這疫症時似乎亦出現同樣問題。從事後分析，委員會提出了應該可以更妥善處理的地方，以及其他改進建議。重要的是，香港必須於平日設計和建立起良好的體制，具備足夠的能力，以應付緊急事故和危機。

5.4 為審視香港在處理綜合症的手法和為將來作好準備，委員會把研究結果和意見歸納為若干個共通的主題，並於以下的章節詳細討論－

- 第六章 控制傳染病爆發相關的衛生醫護體制組織架構
- 第七章 衛生防護機制
- 第八章 香港的內部協調
- 第九章 珠江三角洲地區之內以及國際的協作
- 第十章 監察、資訊和數據管理
- 第十一章 應變能力
- 第十二章 臨牀診治、醫院感染控制和職業健康
- 第十三章 研究和培訓
- 第十四章 信息傳遞
- 第十五章 連繫社會各界共同參與
- 第十六章 綜合症對社區的衝擊和遺下的影響

所聽所聞

- 不清楚誰人負責全盤指揮應付疫症的工作
- 疫症期間，衛生福利及食物局、衛生署及醫管局之間的統屬架構不清晰
- 疫症期間，醫管局大會、醫管局總辦事處、各諮詢委員會、各醫院聯網及各醫院行政人員之間的關係不清晰
- 衛生署的管理架構及資源均不足以應付大型疫症爆發
- 醫護制度不夠靈活，無法應付大型疫症爆發
- 公私營醫院及衛生署分區辦事處之間的關係有待改善

引言

6.1 假如爆發傳染病，尤其發生嚴重事故，必須由一人全盤指揮才能妥善地應付。如果疫情嚴重，且在政治及傳媒方面備受關注，又或疫情蔓延至其他地方或由多個組織處理，領導者的角色更形重要。若由不同組織各自處理疫情卻缺乏適當統籌，公眾的健康和信心都會受損。

衛生福利及食物局和衛生署的角色和職責

6.2 綜合症的疫情凸顯了衛生福利及食物局(決策局)和衛生署(部門)，以及衛生署和醫護界的關係

中存在一些不足和不明確的地方。疫症也增加了政治和行政架構之間存在的張力。

6.3 香港的醫護制度並沒有指明誰人履行“公共衛生總監”(surgeon general)或“醫務總監”(chief medical officer)的職能。換言之，誰人應負責就公共衛生及醫護政策事宜向衛生福利及食物局局長和政府提供專業意見，以及擔當專業領導的角色？此外，醫護體制中的職、權和責之間失衡。舉例說，衛生福利及食物局局長須就整體(包括公營及私營)醫護制度負責，但有關公共衛生的法定權力則賦予衛生署署長。受到這些因素及本身的專業背景影響，衛生福利及食物局局長在綜合症疫情最嚴重的時候，直接參與醫

院和公共衛生服務的運作。由於衛生福利及食物局局長是政治任命的官員，所以無法保證將來的局長亦會具備類似的專業知識，能夠像現任局長般直接參與運作。

6.4 衛生福利及食物局和衛生署現時的組織架構分離，可能導致政策制訂、決策、撥款及資源調配，以至監察、審核和問責方面出現不協調，而衛生福利及食物局中可協助制訂政策的專門人才亦不足。組織架構的設計必須既可確保有效管理日常各項服務，也可發揮強而有力的領導和管制功能，以便妥善地對抗疫症。換言之，“醫護樂團”必須有明確的人選擔任指揮。

- ◆ 政府應檢討衛生福利及食物局與該局轄下在衛生、社會福利和食物範疇有關政府部門之間的組織架構和相互關係。當局應考慮合併該局和轄下不同部門的職能，由衛生福利及食物局局長領導，藉此改善這些部門在衛生防護事宜上的協調能力，加快政策制訂和推展衛生防護工作。
- ◆ 由局長領導的衛生福利及食物局，應考慮須作出什麼改變，務求確保設立所需的體制，以協調衛生署、醫管局和私營機構的工作和職責。

處理和控制傳染病爆發的領導工作

6.5 處理嚴重傳染病爆發的工作，涉及很多人員和機構，而機構的類別則視乎事故的性質和感染的種類而有所不同。不過，我們必須讓各人看見，由一人負責統領應變，以確保能夠有效協調及維持公眾信心。

6.6 在實際運作上，領導抗疫工作的人員須經常參與協調不同個人、部門及機構的工作，通常是傳染病爆發控制小組方面的工作。因此，這名人士必須具備控制傳染病的專業知識，來自機構內的適當階層，兼且得到專業同事的尊重。這名人士通常會擔任傳染病爆發控制小組的主席，就小組的決定擔任領導及指引的工作，並且把上述開列的許多職責下放給其他小組成員。

處理和控制疫症的領導工作

負責統領應變工作的人，一般須承擔以下所有或大部分的職責 –

- ◆ 顯示清晰的領導者角色及為此問責
- ◆ 決定疫症控制措施
- ◆ 調動和分配人手和資源
- ◆ 提供建議予主要官員
- ◆ 促進有關機構和組織之間的協作
- ◆ 協調向傳媒和公眾提供資訊。

6.7 作為公共衛生機構及以人口為本作為考慮基準，衛生署應統領處理傳染病爆發，不論傳染病是在醫院或社區爆發。大部分的疾病爆發(如食物中毒)可以由衛生署分區辦事處例行處理，並由所屬地區的資深流行病學專家／公共衛生醫生領導。

6.8 但爆發大型傳染病時，職責和問責的安排便可能需要改變，由衛生署一名較高層的人員擔任領導工作，其他職責則可下放。舉例說，指定另一名小組成員專責向傳媒發放資訊，讓小組領導人可以集中處理有關調查和控制傳染病爆發的工作，會是比較適當的做法。同時，小組的組合也可能需要改變。發生公共衛生緊急事故時，如綜合症爆發，更可能需要政府最高層直接介入，確保有適當的資源可供運用。至於專業和政治的決定；以及公共衛生服務和公務員的角色，應保持清楚的劃分。

- ◆ 處理疫症爆發或疫情的指揮和監控架構必須清晰明確，同時應考慮成立一個由衛生福利及食物局局長擔任主席的指揮小組，成員人數無需太多，可包括衛生福利及食物局常任秘書長、衛生署署長和醫管局行政總裁。小組應負責作出所有主要的決定，例如引用公共衛生法例、關閉醫院，以及隔離住宅區。此外，應在重大事故工作計劃中，預先訂明疫症爆發期間在那一層面由誰人作出何

等決定。各方須充分了解和嚴格依從衛生署在流行病學管理方面的一切權力和責任，包括進行監察和追查與患者有接觸的人士。

醫管局內部的角色和職責

6.9 今年二月香港出現似乎屬於社區型肺炎的威脅，三月時威爾斯親王醫院爆發綜合症，醫管局在這兩次事件可算反應快速。醫管局總辦事處為此設立了嚴重社區型肺炎工作小組；小組提出的通報個案建議和須採取的控制感染措施，後來都在醫管局轄下醫院予以實行。鑑於威爾斯親王醫院爆發綜合症，院方於是在三月十三日組成了“非典型肺炎聯網會議”，與會者包括醫院聯網的高級管理人員、部門主管及各科臨牀主管。由於組成上述會議，一些感染控制措施(包括限制探病)的決定都因而得以迅速實行。衛生署分區辦事處一名代表也有出席部分醫院會議。不過，醫管局和衛生署在應付威爾斯親王醫院疫症爆發時互相之間的配合，看來並不理想；同時在有關體制下，似乎未能充分察知該院爆發的疫症對整個社會的公共衛生造成的影響。

6.10 隨着疫情擴散，醫管局內部幾方面的張力愈見明顯，而大部分張力都是由於溝通不足，或沒有清楚界定各人的角色和職責。前線人員覺得與決策過程扯不上關係；醫管局總辦事處發出的指示在轄下醫院未能得到適當執行；醫管局大

會成員感到未能充分參與高級行政人員作出的決定；以及大學人員自行向傳媒發表意見。在疫症的高峰期，醫管局行政總裁感染綜合症，大大影響了醫管局的應變效率，由此反映醫管局既有的應變安排策劃不夠妥善。

6.11 由二零零三年七月起，醫管局已接管先前由衛生署負責提供的普通科門診服務。這個轉變增加了醫管局的責任，該局不僅須照顧醫院病人的健康，更須負責大眾的健康。因此，當局應考慮更改醫管局的名稱，例如易名為醫護服務管理局，以反映該局擴大了的職責範圍。這就是說，醫管局內部須更着重基層護理工作，而當疫症在社區爆發時，醫管局必須在各項工作上，與衛生署和私人執業的家庭醫生作出更有效的協調。

公私營醫院和衛生署分區辦事處之間的關係

6.12 疫症亦反映了公私營醫院及衛生署分區辦事處之間在整體工作關係方面存在普遍的弱點。衛生署分區辦事處的角色似乎未受到醫院系統的決策者所重視。此外，各醫院與衛生署各分區辦事處之間在疫症期間，資訊流通並不流暢。

6.13 負責感染控制工作的員工，應定期作交流資訊及舉行會議，使醫院的有關員工知悉在社區出現傳染病的模式及狀況，而衛生署各分

區辦事處亦可了解醫院內的感染控制工作，這些聯絡會議有助員工掌握在本地和海外是否有不尋常的傳染病出現。由於這區域的人口流動快速，因此主要人員有必要經常就各種傳染病保持高度警覺。

- ◆ 醫管局應檢討其應變計劃的安排，以確保－
 - 各醫院和聯網認同以衛生署為主導處理在醫院內爆發威脅全港市民健康的疫症
 - 各醫院與衛生署各分區辦事處之間資訊流通無阻，並且具備有關的支援系統
 - 統屬關係清晰，俾能傳達和落實醫管局就緊急事故所作的決策和指引
 - 醫管局的管理安排具備足夠彈性，在擔任要職者無法履行職責時其工作能夠得到處理；而有關安排也須精簡，可迅速推行以應付危機
 - 與私營機構在基層護理方面的工作取得協調。
- ◆ 醫管局須清晰界定醫管局大會和個別醫院理事會在處理疫症爆發期間的角色，並考慮借助醫管局大會成員的經驗和技能，與職員、病人和市民溝通
- ◆ 考慮更改醫管局的名稱，例如易名為醫護服務管理局，以反映該局擴大了的職責範圍。

所聽所聞

- 公共衛生法例已經過時，應予檢討
- 追查曾與患者接觸人士的工作不足或不全面
- 檢疫措施執行得太遲，亦沒有嚴格執行
- 應制訂更妥善的應變計劃
- 需設立傳染病控制中心

引言

7.1 衛生防護是指公共衛生當局和其他機構採取適當措施，以保障大眾免受傳染病或其他公共衛生風險所侵害。香港作為一個國際都會和國際交通樞紐，對受初次出現的傳染病(如綜合症)感染存着高的風險。現行的控制機制，雖然以往在控制霍亂、流行性感冒和肺結核這些傳染病蔓延方面，一直行之有效，但是當局必須作出適當的立法和架構安排，應付二十一世紀初次出現的新風險，以保障香港市民的健康。

衛生署處理疫症的工作

7.2 衛生署所負責的傳染病控制工作包括進行監察、推行防疫注射計劃，和執行公共衛生法例。這

些職務分別由疾病預防及控制部、分區辦事處、公共衛生檢測中心、港口衛生處和中央教育健康組負責，並獲醫管局支援。醫管局尤其在整體、聯網和醫院的層面上支援監察傳染病的工作。

7.3 有見傳媒在二零零三年二月十一日就廣東爆發非典型肺炎的報道，衛生署採用積極的方法來制訂、協調、執行和監察公共衛生控制措施。但其後在威爾斯親王醫院爆發的非典型肺炎，對公共衛生管理構成特別問題。當局應設立一個體制，讓作為公共衛生機構的衛生署必然地參與和醫院有關控制傳染病爆發的決策工作。衛生署在二零零三年三月十一日才從傳媒的報道得知爆發疫症的消息。醫院可能認為傳染病爆發是內部問題，所以並沒有向衛生署報告。衛生署即時與

威爾斯親王醫院管理層聯絡，並表示願意出席在同日早上由該院召開的特別會議，以了解爆發情況。衛生署人員其後亦有出席數次有關爆發情況的會議，並參與有關流行病學研究、追查曾與患者接觸人士的工作等事宜的討論。對於如何處理這樣大型的傳染病爆發及對公共衛生構成的潛在危險，當局缺乏一個以人口為本的共識，導致當時由院方而非衛生署統領傳染病爆發初期的應變工作。爆發初期表現出來的高度憂慮和恐懼，揭示醫護體制中的不足之處，包括醫院臨牀醫生和公共衛生專業人員、學術界和服務人員、醫管局和衛生署，以及公營醫院和私家醫生的關係出現了問題。同時亦揭示醫院在控制感染方面的弱點。

7.4 自從疫症出現初期，衛生署的分區辦事處肩負起多項工作，包括流行病學研究、追查曾與綜合症患者接觸的人士，以及數據分析。在追查曾與綜合症患者接觸的人士方面，臨牀醫護人員和其他人士當時感到衛生署所做的工作並不足夠，而且進展緩慢。不過，委員會發現，衛生署事實上在這方面已於短期內完成大量工作。某所大學於爆發初期在未了解衛生署上述工作的情況下自行展開同類追查工作，導致不同機構多次與病人接觸的不當安排。因此，各有關方面在處理傳染病爆發時的角色和職責須予以澄清，並確保已設定有效的機制，協調處理傳染病爆發的應變措施，尤其是當這些措施跨越不同機構的領域時。

7.5 隨着疫症發展，衛生署當時的數據和資料管理系統很快便不勝負荷。在總部的層面，面對着數據管理的問題以及其對公共衛生應變措施所帶來的影響，領導工作在初期曾缺乏焦點。不過，當總部在三月二十四日設立了中央資料庫後，情況已大為改善。日後如再出現疫症，應從開始便備有足夠的系統支援，並清楚指明由一位高層的公共衛生人員負責領導和協調應付傳染病爆發的支援工作。

7.6 在疫症期間，衛生署迅速並有效地推行了一系列公共衛生控制措施，集中力量加強監察、追查曾與患者接觸的人士；以及實施及早隔離等措施。

公共衛生控制措施的推行

推行了的公共衛生控制措施計有 –

- ◆ 加強監察
- ◆ 加強化驗所分析
- ◆ 追查曾與患者接觸的人士
- ◆ 指定數間醫療中心，用作監察曾與患者接觸的人士
- ◆ 對曾與患者有家居接觸的人士實施家居隔離
- ◆ 由多部門應變小組跟進個案羣組
- ◆ 邊境管制
- ◆ 社區和公眾教育
- ◆ 感染控制指引
- ◆ 與中國內地、世衛和其他地區合作。



在邊境管制站量度體溫

當局其後推出了一連串的隔離措施，包括向淘大花園 E 座發出隔離令(由二零零三年三月三十一日起)；利用指定醫療中心及早找出社區內的感染個案(由二零零三年三月三十一日起)；以及執行法定的家居隔離計劃(由二零零三年四月十日起)。

7.7 四間指定醫療中心(衛生署轄下每個分區各設一間)於三月三十一日啟用。最初設立這些中心的目的，是為了對曾與綜合症患者有密切接觸和社交接觸(並已出現症狀)的人士進行健康監察，務求及早找出第二重病人。這些人士須在最後一次接觸綜合症患者後，每天前往指定醫療中心接受健康監察，為期十天。隨後實行的家居隔離措施，則是指與綜合症患者曾有家居接觸的人士須留在家中或入住度假營。指定醫療中心的服務對象因而有變，改為以與綜合症患者沒有家居接觸的人士為主，包括住院時曾接觸綜合症患者並已出院的非綜合症患者。如能提早對曾與患者有密切接觸的人士實施家居隔離，即使需要更多資源，這項公共衛生措施也會更為有效。不過，衛生署在作

出有關決定時，已致力在採取感染控制措施時平衡公眾利益和公民自由。

7.8 當局就隔離、檢疫和邊境管制作出多項決策時，同樣考慮到不少因素，包括是否有法定權力和機制可以迅速實施新規例、是否有足夠資源可以盡快推行管制措施，以及如何平衡公眾利益和公民自由等。這些決策工作許多並非香港獨有，另有一些(例如邊境管制政策)則主要由世衛推動。衛生署始終難於具備足夠的內部資源和人手，處理像這場疫症般規模的公共衛生緊急事故，因此應變計劃需反映這問題。衛生署與警方合作追查曾與患者接觸人士的工作，是說明應變計劃可以如何運作的例子。

對公共衛生監控措施的評估

香港當局實施了四管齊下的策略，來控制這場疫症，重點在於“盡早找出患者、迅速追查曾與患者接觸的人士、即時隔離和檢疫，以及有效地遏止病症蔓延”。根據這項策略制訂的公共衛生監控措施，有助縮短由症狀出現至入院之間的時間，減短綜合症患者的傳染期，以及防止疾病進一步蔓延。

曾有一項科學評估以香港實施的公共衛生監控措施作為課題，並把評估結果刊載於一份同業檢討的高水平刊物中。這篇論文以《香港嚴重急性呼吸系統綜合症病原體的傳播動力學：公共衛生措施的影響》("Transmission dynamics of the etiological agent of SARS in Hong Kong: impact of public health intervention")為題，載於 www.sciencemag.org/cgi/reprint/300/5627/1961.pdf。根據文章的結論，政府採取即時隔離和檢疫的政策，使社區和醫院內的人口接觸率下降，對控制疫情起了顯著作用。此外，公眾教育活動促使市民更快求醫，因而及早入院，也對控制疫情起了重要作用。整體而言，香港的公共衛生監控措施使基本病毒複製數目 R_0 由 2.7(95% 置信區間：2.2 至 3.7)，大幅減至二零零三年四月十日的 0.14(95% 置信區間：0.09 至 0.35)。

大型傳染病爆發控制計劃

7.9 衛生署有一個應付緊急事故的架構、處理傳染病爆發的機制和疾病調查程序。不過，在疫症期間，衛生署並無適當的大型傳染病爆發控制計劃。擬定應變計劃是處理大部分健康服務和公共衛生緊急事故的根本工作；處理傳染病爆發更是如此。這個計劃應闡述宣布傳染病爆發和成立爆發控制小組的程序。控制小組成員的角色和職責應清楚訂明；並應培養通報和記錄傳染病爆發的文化，以便評估和分享經驗。

在香港設立衛生防護中心

7.10 雖然香港現有的傳染病控制機制多年來行之有效，但疫症暴露了現行制度許多弱點，特別是在出現嚴重的新疾病時更為明顯，其中包括疾病監察和資訊系統的缺點、現行衛生醫護體制方面的組織協調問題，以及實地流行病學和傳染病控制方面的人手與專門知識不足等。

7.11 委員會建議在香港設立衛生防護中心。有一點需謹記，就是先要界定該中心在香港現有的公共衛生架構內的功能和定位，而不是單從外地引進一個不適用的模式。另一點至關重要的，就是中心必須能配合香港的獨特情況和需要，例如香港的人口特徵。衛生防護中心應在政府內部設立，因為中心的多項核心功能，如蒐集病人和曾與患者接觸人士的敏感資料，供健康監

察用途；規定醫護機構遵照指引辦事，以及與國際組織連繫等，都不是非政府組織能夠勝任。

7.12 衛生防護中心是新的公共衛生機制，用以鞏固現有的疾病控制策略和應付各種新挑戰。中心不單須具備對抗傳染病和非傳染性疾病的專業知識和人才，同時亦須掌握相關的行政技巧和法定權力，在採取適當措施預防和控制疾病以及應付疾病爆發時，協調不同的政府部門和社區的合作。至於中心的規模，則必須能應付香港作為國際都會可能遇到的風險。中心必須能靈活應變，成立的宗旨則應是評估、預防和應付傳染病，為此做好準備，並處理有關康復的工作。

7.13 若設立衛生防護中心，首要急務是發展其控制傳染病的能力。中心須集合一班受過訓練的傳染病專家，獲得適當的資源，以及具備各級的行政和資訊科技支援。中心的角色必須清晰界定，包括在處理傳染病爆發時擔任主導角色，以及有需要時可行使法定權力等。隨著日後工作擴展，中心在其他衛生防護工作方面應擔當其他職責，例如處理化學事故和其他公共衛生工作，如推廣食物安全、衛生教育、非傳染病及其風險因素等。

7.14 衛生防護中心應專注防備和應變計劃，同時應特別重視改善在香港和珠江三角洲地區的疾病監察，提升應變能力、加強化驗所的处理能力、發展國際支援、培訓、

跨界別和地區的合作。培訓應分兩個層面進行。首先，為衛生防護中心的職員設計培訓計劃，強調實地流行病學研究，包括在醫院和其他專業，以至珠三角其他地區輪流工作。其次，衛生防護中心應具備培訓其他醫護專業人員的能力，讓他們汲取流行病學和控制感染的知識，為緊急應變作好準備。以下表格列出了中心須負責的衛生防護功能和須具備的技術。

衛生防護中心有關傳染病的功能

衛生防護中心的主要功能為 –

- ◆ 針對傳染病進行全面的公共衛生監察
- ◆ 制訂有效控制傳染病的策略
- ◆ 與醫護界各有關專業、社區、學術界、政府部門、國家和國際機構建立伙伴關係，合力控制傳染病
- ◆ 制訂和檢討應變計劃，有效應付傳染病爆發，以及初次出現和再次出現的傳染病
- ◆ 制訂、支援、推行和評估傳染病(包括在醫院感染的傳染病)的預防和控制計劃
- ◆ 制訂研究大綱，支援預防和控制傳染病的應用研究
- ◆ 建立和發展應付傳染病的能力和專門知識
- ◆ 擔任政府對抗傳染病的顧問。長遠來說，中心的功能應擴展以包括環境問題和非傳染性的疾病。

圖表 7.1 衛生防護中心所需的衛生與防護功能和技術

技術	功能		
	傳染病	環境問題	其他非傳染性的疾病
實地流行病學			
數據管理			
生物統計學			
健康教育/推廣			
信息傳遞			

只作示例用途

7.15 衛生防護中心初期應就傳染病控制涵蓋下列 4 項功能 –

- ◆ 傳染病監察和流行病學
- ◆ 預防和控制計劃
- ◆ 公共衛生化驗所
- ◆ 應用研究和發展。

此外，中心宜成立若干諮詢委員會，以聽取本地和國際前列的專家的意見。

- ◆ 政府應設立衛生防護中心，中心在預防和控制傳染病的範疇內，必須擁有職、權和責。隨着日後工作擴展，中心亦須就各類衛生防護事務，包括食物安全、動物疾病，非傳染性的疾病及其風險因素等問題提供意見。中心同時須與各國的傳染病控制機構和同類的國際組織保持緊密的工作關係。

- ◆ 憑藉適當的法定權力，衛生防護中心的主要功能應包括 –
 - 監察公共衛生
 - 進行傳染病和環境流行病學的調查
 - 透過資訊科技、數據管理及系統發展協助分析的工作
 - 人才培訓
 - 提升應變能力
 - 進行健康教育和評估
 - 進行應用研究。

傳染病法例

7.16 《檢疫及防疫條例》(香港法例第 141 章)及其附屬法例，為控制嚴重影響香港公共衛生的傳染病提供了法定架構。具體來說，該條例提供了法定通報的基礎，和法定

權力以預防、控制載列於附表 1 內一系列的傳染病。這些權力大部分都賦予衛生署署長。

7.17 雖然控制綜合症所需的權力大部分已經有法例規定，但這次疫情確實凸顯了法例上若干不足之處，特別是在邊境管制方面。新法例《2003年防止傳染病蔓延(修訂)規例》已於二零零三年四月十七日生效，目的是 -

- ◆ 授權認可人士為香港的出入境旅客量度體溫

- ◆ 授權衛生主任為香港的出入境旅客檢查身體，以確定他們是否感染綜合症
- ◆ 授權衛生主任禁止懷疑綜合症患者或曾與患者接觸的人士離港。

這些修訂反映了舊有的法例沒有與時並進，未能配合最新的發展，例如國際旅運日趨頻繁對傳染病控制有什麼影響。

為應付綜合症而推行公共衛生措施的法律依據

為應付綜合症而推行公共衛生措施的法理依據 - 現行或修訂(標有星號者)規例如下 -

公共衛生措施	有關法例
綜合症納入《檢疫及防疫條例》(香港法例第 141 章)的傳染病名單，使該法例和規例的規定亦適用於這個疾病	衛生署署長於二零零三年三月二十七日，透過《2003年檢疫及防疫條例(修訂附表 1)令》，落實有關修訂**
醫生須按《防止傳染病蔓延規例》(第 141 章，附屬法例 B) 第 4 條，向衛生署呈報綜合症個案	衛生署署長於二零零三年三月二十七日，透過《2003年防止傳染病蔓延規例(修訂表格)令》，修訂有關法定通知表格**
與證實的綜合症患者有密切接觸者須每天到指定醫療中心，接受健康檢查	第 141 章，附屬法例 B 第 9 條
證實或懷疑的綜合症患者家屬須按衛生主任指示，遷往醫院或其他指定地方(例如渡假營)，或留在家中	第 141 章，附屬法例 B 第 10，11 和 12 條

為應付綜合症而推行公共衛生措施的法律依據(續)

公共衛生措施	有關法例
抵港人士須作健康申報	主體條例第 22, 31 和 34 條提供法定權力, 乘搭船隻或飛機抵達香港的人士若被衛生主任要求, 須提供身體健康狀況資料。至於那些從陸路抵港人士, 則以行政方法處理
獲授權的人可量度任何抵達或離開香港的人的體溫(包括在港轉機的人士)	行政會議於二零零三年四月十五日, 透過《2003年防止傳染病蔓延(修訂)規例》, 引入第 141 章, 附屬法例 B 第 27C(1)條**
衛生主任或獲授權的醫生為抵港及離港的人檢查身體(包括在港轉機的旅客), 以確定有關人士是否相當可能感染綜合症	行政會議於二零零三年四月十五日, 透過《2003年防止傳染病蔓延(修訂)規例》, 引入第 141 章, 附屬法例 B 第 27C(2)條**
授權衛生主任可禁止那些相信已患有或懷疑綜合症患者因接觸患有綜合症的人而已經蒙受感染該疾病的危險或是綜合症的帶菌者離港(例如禁止與證實的綜合症患者有密切接觸的人於隔離期間離港)	行政會議於二零零三年四月十五日, 透過《2003年防止傳染病蔓延(修訂)規例》, 引入第 141 章, 附屬法例 B 第 27A 條**
隔離淘大花園 E 座, 由二零零三年三月三十一日至四月九日止	衛生署署長根據第 141 章, 附屬法例 B 第 24 條, 發出隔離令
把淘大花園 E 座居民臨時遷往度假營	衛生署署長根據第 141 章, 附屬法例 B 第 10 和 12 條, 發出搬遷令
為淘大花園 E 座進行消毒工作	衛生人員取得衛生署署長的同意後, 根據第 141 章, 附屬法例 B 第 19 條發出消毒令
處理因感染綜合症而離世者的屍體	第 141 章, 附屬法例 B 第 17 條

- ◆ 當局應檢討與傳染病有關的法律，以便 –
 - 擴大須通報的疾病名單，以配合珠江三角洲地區的傳染病監察工作
 - 不論傳染病是在醫院或社區爆發，確立衛生署作為應付傳染病爆發的首要執法機構
 - 確保在應付傳染病爆發的威脅時，公營及私營機構須與衛生署合作和協調
 - 清楚界定衛生署人員的法定權力。

所聽所聞

- 政府的組織架構複雜，妨礙各部門之間的溝通，與及政府與社會裏其他界別的溝通
- 政府官員與部門的職責劃分有欠清晰
- 衛生署與醫管局溝通不足
- 醫管局轄下各醫院之間溝通不足
- 醫管局與私營醫療機構的協調欠佳

引言

8.1 爆發傳染病這類緊急事故往往不但凸顯溝通不足的問題，還會暴露組織安排上的弱點。委員會得悉在疫症期間，香港的醫療服務在不同層面上出現了多項問題，其中有些是屬於現行組織和管理安排的固有問題。不過，委員會亦知道，在溝通方面也有不少正面的例子，有助香港處理這次嚴峻的危機。

衛生福利及食物局、衛生署與醫管局之間的協調

8.2 每個層面的人員能否有效溝通，對於處理大規模傳染病爆發的工作至為重要。這需要在醫療服務各層面就各人的職責達成共識。

衛生福利及食物局與衛生署、衛生署與醫管局、衛生署總部與分區辦事處，以至衛生署分區辦事處與醫院聯網或個別醫院之間，都須要劃清權責。各醫院應該和衛生署分區辦事處的人員保持緊密聯繫。這包括更明確界定各方在處理傳染病方面所肩負的公共衛生職責與角色，在處理疫情時以人口為本作考慮，以及指定一名權威和顯著的發言人，負責對外發布消息。

8.3 根據多份意見書指出，政府的組織架構複雜，以致在疫症期間妨礙溝通，而官員與部門之間的職責劃分又有欠清晰，例如未有指定的發言人向公眾傳遞關於傳染病爆發的公共資訊，當不同部門和界別發表的信息有差異時，帶給市民政府有意隱瞞疫情的印象。另一例

子是衛生署和醫管局同時向安老院發出指引，提供預防感染的控制措施建議，但兩者的指引卻不盡相同。

8.4 委員會知悉當局採取了多項措施來減少溝通或協調上的問題，例如透過在政府最高層成立多界別協調組織，包括成立三個臨時專責組織 –

- ◆ 衛生福利及食物局專責小組
- ◆ 行政長官轄下的督導委員會
- ◆ 跨部門統籌委員會。

8.5 衛生福利及食物局局長鑑於威爾斯親王醫院爆發綜合症，在二零零三年三月十四日成立了衛生福利及食物局專責小組。該專責小組由衛生福利及食物局局長擔任主席，成員包括衛生署、醫管局、本地大學及世衛的公共衛生、胸肺內科及微生物學專家、衛生署職員及醫管局行政人員。專責小組曾舉行六次會議，然後在二零零三年三月二十五日由行政長官轄下的督導委員會取代。該督導委員會由行政長官擔任主席，並由相關決策局的主要官員聯手處理疫症，力求更有效地統籌政府的抗疫工作，以及確保獲得所需的人力及財政資源。衛生福利及食物局局長依然負責統籌衛生界的抗疫工作。跨部門統籌委員會由衛生福利及食物局常任秘書長擔任主席，成員來自超過 25 個決策局、部門及公營機構。統籌委員會成立的目的，是為落實行政長官轄下的督導委員會和衛生福利及食物

局局長的決定而負責統籌有關工作，職責包括 –

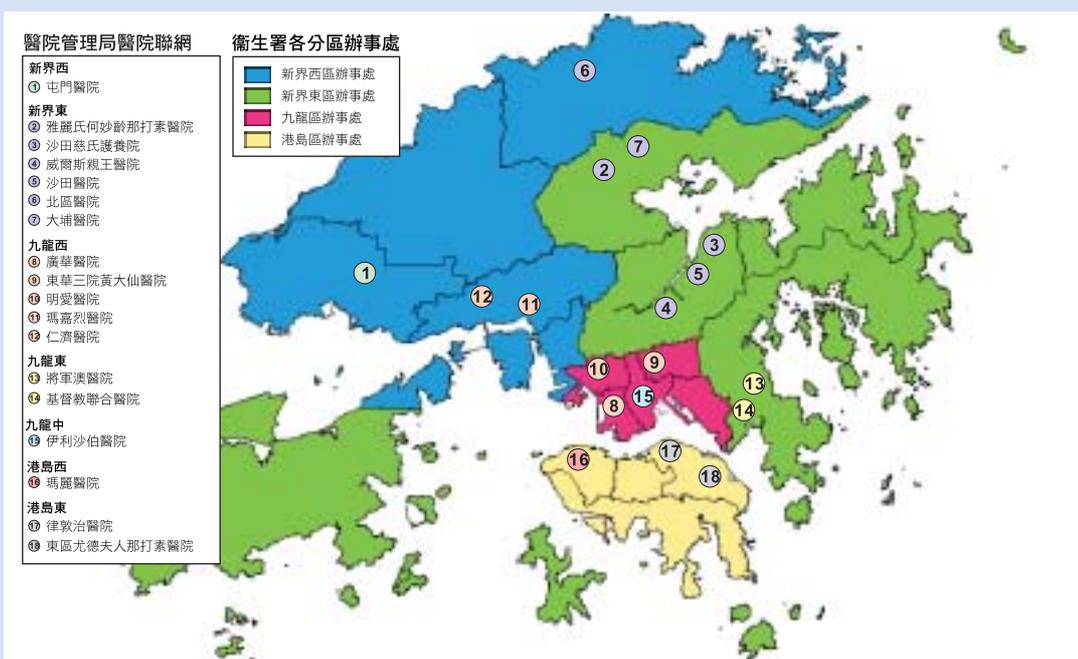
- ◆ 淘大花園 E 座的隔離和搬遷行動
- ◆ 為前線醫護人員物色空置的公屋單位，改裝為臨時宿舍，並負責臨時宿舍的管理工作
- ◆ 實施家居隔離計劃
- ◆ 實行港口衛生措施，防止綜合症從香港輸出或從外地輸入
- ◆ 向一艘懷疑有船員感染綜合症的馬來西亞註冊船隻提供援助。

8.6 疫症顯示在出現公共衛生緊急事故時，有一個能夠統籌各政府部門回應的機制是很重要的。雖然跨部門統籌委員會現已解散，但仍須有常備的安排，以確保日後再出現公共衛生緊急事故時，機制可以迅速啟動以統籌抗疫回應，而成員應包括衛生福利及食物局、衛生署 / 衛生防護中心，以及其他有關的政府決策局、部門和機構。

- ◆ 政府須確保衛生福利及食物局、衛生署和醫管局的每個層面均具備控制大型疫症的計劃，其中須要 –
 - 解釋計劃應在什麼情況下啟動
 - 說明怎樣召集組成疫症控制組
 - 列明個別疫症控制組主要成員的職責

- 採納以人口為本作考慮基準
- 界定衛生福利及食物局、衛生署和醫管局各自的職能，並清楚交代所有層面的統屬關係：運作、策劃、策略
- 說明協調醫療體系內各機構就疫症作出的應變措施的機制
- 包括如何協調私人機構、志願團體和商界的參與
- 陳述有關員工的培訓、資訊的流程、病人的安排、追查曾與患者接觸的人士，以及檢疫和隔離等主要事項
- 指出可迅速調動供跨機構使用的資源，包括借調人員的安排
- 作出安排，以便在主要人員無法履行職責時，受過相關訓練的副手可以接替工作
- 制定分別適用於一般情況、特定地點和特定事件的計劃
- ◆ 衛生福利及食物局的疫症控制計劃須訂出召開跨部門統籌委員會的安排，以協調政府各有關決策局和部門的工作
- ◆ 疫症控制計劃應與衛生防護中心合作制訂。各個層面應定期以模擬演習和實際演習的方式測試計劃，並把傳染病爆發視為應變計劃的當然部分。

圖表 8.1 衛生署各分區辦事處和醫院管理局醫院聯網



衛生署與醫管局內部和兩者之間的協調

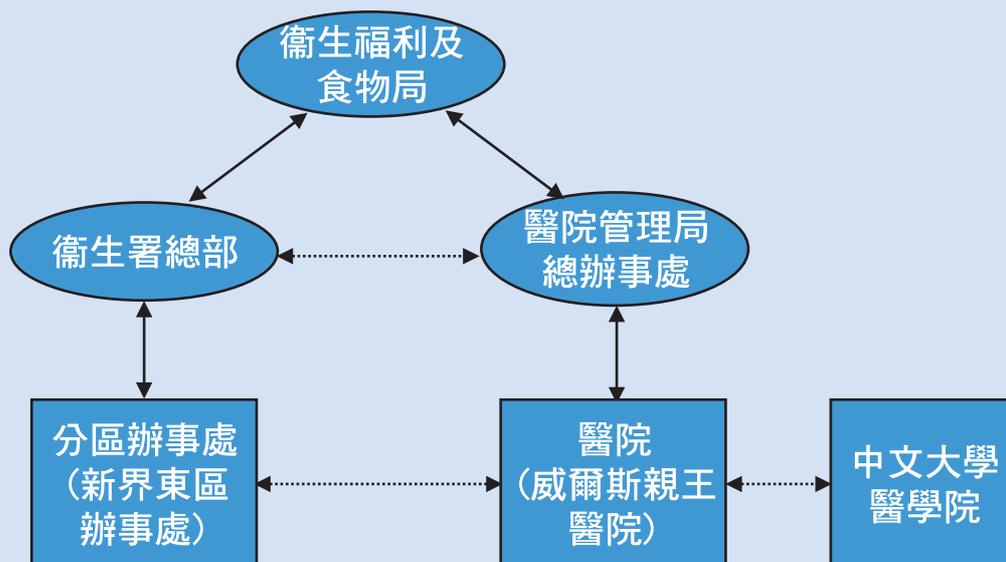
8.7 委員會聽到一些有關衛生署與醫管局溝通不足的批評。在疫症期間，兩個機構曾在多方面合作：衛生署有代表參與醫管局在二零零三年二月成立的嚴重社區型肺炎工作小組；衛生署迅速派員協助控制威爾斯親王醫院的綜合症爆發；兩個機構攜手建立綜合症網上電子資料庫；衛生署的公共衛生化驗所與大學和醫管局的化驗所合作協調共用樣本事宜；以及衛生署向醫護人員發出感染控制指引。不過，兩個機構偶爾出現職責混淆的問題，在體制上，亦未能達到明瞭醫院與社

區之間的相互關係。醫管局內部也存在溝通問題：高級管理人員所作的決定沒有充分傳達給前線人員；以及在制訂政策指引時甚少諮詢前線人員。

8.8 疫症控制工作的重點是在於以人口為本，並由衛生署和醫管局共同推動。為此雙方需進一步明瞭及清晰釐定兩者的角色、職能和責任。除此，需要多下功夫打破不同界別、醫院臨牀醫護人員和管理人員的隔閡，也應更加明白到由於病人和職員都是來自社區，在醫院出現的傳染病事故，可能會影響及整個社會。

溝通：最脆弱的環節？

衛生署、醫管局和中文大學醫學院在威爾斯親王醫院爆發綜合症的初期，溝通方式是按既有的傳統默契進行。這個溝通模式反映了三者的自主和獨立的特性（見圖示）－



縱使在平日這些溝通渠道運作良好，但在事故中由於受到激動的情緒所影響，因而出現了折曲的印象。有關人士可能未有在溝通時充分說明期望，並向他人澄清疑問。誤會更加深了各方在大規模綜合症爆發中的沮喪和憂慮。

- ◆ 不管疫症是在醫院或社區爆發，控制疫症的工作都須以人口為本。衛生署將負責領導，並因應需要按協定的程序與醫管局共同推動。

8.9 事實上，衛生署角色的重要性在於該署人員獲法律授權引用多項法定權力和執行傳染病法例。要妥善履行這項職責，衛生署需要具備適當的專業知識和資源。從以社區和人口為本作考慮基準的角度來看，各醫院必須向衛生署通報在醫院感染的傳染病。現時的問題有些是源於公共衛生人員在臨牀醫護人員之間缺乏地位。從事公共衛生服務的人員必須得到妥善培訓和支援，以執行其工作。

8.10 在運作層面上，公共衛生人員和臨牀醫護人員，尤其是醫院微生物學家和傳染病臨牀醫生，需要維持良好的工作關係。要促進這方面的工作關係，醫院必須發展感染控制服務。儘管公共衛生人員不會直接參與日常的醫院感染控制工作，但他們應在制訂策略和決策的層面上參與其事，例如擔任醫院或醫院聯網感染控制委員會的成員。

8.11 為達到以人口為本作考慮基準及隨時可調動資源以應付日後可能出現的傳染病爆發，有需要建立一個管理和感染控制系統，可供臨牀醫護人員、公共衛生人員及政策制定者共用。一個改善溝通的方法，是將衛生署流行病學家，借調醫管局，並在學界工作。此外，亦需要改善日常的工作關係，吸引受

過適當培訓的專家進入醫療體制、社區工作。

- ◆ 須採取下列措施以改善衛生署和醫管局之間的協作 –
 - 感染控制和流行病學專家應以衛生署僱員的身分，借調醫管局駐於每間主要醫院作為其中成員。這些專家將負責醫院感染控制、搜集及匯報資料，以及與醫管局和衛生署內的同事保持定期連繫
 - 應鼓勵員工因應需要輪流到不同機構服務，其中包括衛生署、醫管局和大學
 - 應以人口為本，集結資源(包括員工和撥款)，以應付日後爆發的疫症
 - 應重新審視衛生署分區辦事處和醫管局醫院聯網的地域分界，以便他們在地區層面的職責能夠互相接軌
 - 公共衛生專業人員及醫院和基層護理臨牀醫護人員的日常工作關係應更加緊密
- ◆ 醫院之間，以及醫院、基層護理機構和公共衛生服務機構之間應更加通力合作，特別是在疾病監察和感染控制工作方面。

公營與私營醫療機構之間的協調

8.12 委員會獲悉有人指稱醫管局不願把病人轉介往私營醫療機構接受治療，恐怕這些病人會轉用私

營機構的服務；私人執業醫生需要與醫管局爭購口罩和防護裝備；以及公營醫療機構不能獨力全面應付綜合症。另一方面，也有意見認為私家醫院如沒有醫管局的協助，便沒法應付綜合症。私營醫療機構對醫管局的不滿，反映現行醫護體制在結構及重點上長久存在的問題。委員會得悉在此方面政府正着手推行醫護改革。

8.13 委員會知悉，衛生署、醫管局和私營醫療機構曾嘗試協作。當局請私家醫院由二月起向衛生署通報嚴重社區型肺炎個案。衛生署化驗所設法安排私營化驗所參與監察傳染病的工作。衛生署也有向社區醫生、藥劑師和傳統中醫發放有關綜合症的資訊和指引。為了盡量減低入院的需要，醫管局也加強了社區老人評估小組的服務，並與香港醫學會合作推展“到診醫生”計劃，為安老院提供醫療和分流服務。不過，公營與私營界別之間的協調仍可增強。

- 衛生署／衛生防護中心應提高基層護理及院舍照顧服務方面的感染控制水平
 - 把“到診醫生”定為常設計劃，為安老院的長者提供支援和照顧，並協助監察疾病。
- ◆ 應通過下列措施加強私營機構在控制傳染病方面的角色 –
 - 私營機構(私家醫院、私營化驗所、家庭醫學醫生和傳統中醫)應更充分參與傳染病監察工作
 - 研究建立一套網上系統，供私家醫生以電子方式通報資料，以及定期向他們發布從疾病監察所得的最新資料

所聽所聞

- 香港和中國內地溝通不足
- 衛生福利及食物局和衛生署未有妥善跟進關於廣東省出現原因不明疫症的傳聞
- 當局與中國內地普遍缺乏就傳染病事宜交換資料
- 香港和廣東省的疾病監察系統有所不同
- 跨境的專業人士和學術界的協作不多

引言

9.1 綜合症疫症清楚說明，傳染病的傳播跨越地域界限。妥善的跨境溝通制度對預防傳染病迅速蔓延及控制傳染病爆發至為重要。為了確保能盡早向所有負責公共衛生的當局發出警告，並妥善協調應變工作，在不同層面均須設立有效的溝通機制。

廣東省與香港的協作

9.2 要有效處理公共衛生事故(例如傳染病爆發)，先決條件是各有關方面須攜手並肩，以對等的伙伴關係通力合作。維持這種伙伴關係的關鍵是各方願意持開放態度，適時分享資料。

9.3 委員會知悉，一份在二零零三年一月二十三日編訂的廣東省專家組就非典型肺炎爆發的調查報告，並未給香港有關當局及世衛傳閱。衛生署的公共衛生專業人員未能從廣東衛生當局相對人員取得資料，而港粵的臨牀醫生和醫護學術人員的協作也只是以個別方式進行。

9.4 要解決這個問題，兩地各級人員均須在不同層面和透過多種渠道建立更緊密的合作關係。衛生署與廣東省內省、市的疾病控制及預防中心雙方若能定期交換資料，對控制傳染病極為重要。在實際工作方面，可能會涉及交換個別個案及曾與患者接觸的人士的資料，以方便追查有關人士、及早發出可能爆發傳染病的警告，以及在傳染病爆發涉及兩地的個案時成立聯合處

理疫症小組。兩地要事先建立起良好的聯繫和工作關係及持續的溝通渠道，是十分重要的。

- ◆ 衛生福利及食物局／衛生署應從速與廣東省，以及整個珠江三角洲地區，建立更完善的溝通、協調和合作機制。其中應包括 –
 - 在珠江三角洲地區內制定一套緊密制度，防備和應付傳染病爆發
 - 建立一個地區傳染病監察網絡，應付綜合症和其他對公共衛生構成影響的傳染病
 - 通過官方渠道與廣東省衛生廳和廣東省疾病預防控制中心保持密切連繫
 - 協助香港與珠江三角洲地區的專業人士、學術界、以及醫院和技術人員建立更緊密的工作關係。

9.5 委員會知悉上述工作已取得進展。本年五月，當局成立了粵港澳三地專家組，八月則舉辦了粵港合作聯席會議，其中包括討論控制傳染病事宜。三地專家就下列事項達成協議 –

- ◆ 擴大須通報傳染病的範圍，以包括所有現時內地(27種)、香港(28種)及澳門(33種)須通報的傳染病，並於有需要時，加入共同關注的傳染病

跨境通報機制

在疫症出現之前，香港、深圳、廣州、珠海，海南和澳門就某些指定的傳染病(例如霍亂、瘧疾、病毒性肝炎和愛滋病)每月交換統計數字，但有關新發現或在現行機制外的其他傳染病，則沒有既定的通報安排。

疫症在香港出現後，港府代表在四月和五月期間多次訪問廣州，加強資訊交流和控制傳染病的協作，並與廣東有關當局訂定協議，設立雙方對等衛生機構點對點的資料交換機制，和增加須要通報的傳染病種類。

- ◆ 如發現任何未能確定的嚴重傳染病可能爆發，不但須立即向當地負責當局報告，同時亦須向其他兩地的衛生部門通報
- ◆ 設立點對點的資料交換機制，以便由指定官員跟進。

此外，三方現正致力進行下列工作 –

- ◆ 為香港與廣東疾病控制及預防中心的公共衛生專業人員建立工作連繫及網絡
- ◆ 促進與各地(特別是珠江三角洲地區)專業、醫院及技術人員的交流
- ◆ 促進與各地(特別是珠江三角洲地區)的學術交流。

衛生福利及食物局／衛生署與北京衛生部的協作

9.6 在中國內地，各省向北京衛生部匯報傳染病事件，因此北京要能夠把有關傳染病爆發及疾病事故的重要資料迅速地向其他省及特別行政區發放，對控制傳染病至為重要。若要有效監察傳染病和處理其爆發，除了在地方層面須迅速作出應變外，各地的技術及專業人員也須能夠跨越地理和政治的界限，自由地交換重要資料。北京的中國疾病控制及預防中心最好能扮演領導的角色，確保各省的傳染病情報能迅速流通。有關情報應包括各省搜集的日常監察數據，以及預警有可能發生的嚴重事故，例如可能會蔓延至其他省或國家的疾病。

- ◆ 衛生福利及食物局／衛生署應與北京衛生部就傳染病事宜建立更緊密的合作關係。

香港與國際社會的協作

9.7 世衛負責協調各地應付公共衛生的威脅，並於二零零零年正式成立全球疫症爆發預警和反應網絡(Global Outbreak Alert & Response Network)，旨在保持國際社會對流行病的警覺，隨時準備行動。這個預警系統在處理綜合症爆發方面證明極為有效。系統的成功全賴各國及地區在傳染病事件出現時迅速提供情報。在這方面香港已經與全球疫症爆發預警和反應網絡隊伍建立緊密連繫，互通消息。二

零零三年二月十九日，衛生署在有關診斷獲得證實當日，已向世衛通報與福建有關的禽流感事件。二零零三年三月十二日，衛生署又向世衛通報威爾斯親王醫院爆發非典型肺炎，這是促使世衛就嚴重非典型肺炎個案發出全球通報的原因之一。

- ◆ 衛生福利及食物局／衛生署應與世衛及其他國家的傳染病控制機構保持良好的協作，並制定應變措施，以便在爆發危害公共健康的緊急事故時，向外尋求專家意見。

所聽所聞

- 現時的私營醫療機構和社區診所的傳染病監察系統並不完善
- 缺乏全面的化驗所傳染病監察系統，而在疫症期間，醫管局化驗所的資料庫亦未有與監察系統連結
- 醫管局和衛生署在疫症初期缺乏一套共用的數據管理系統
- 現行追查曾與患者接觸人士的系統顯然不足以應付大規模的疫症。

引言

10.1 良好的監察系統是防治傳染病的基石。若缺少有效的監察系統，將難於追查疾病的趨勢、察覺新病毒的威脅、確定嚴重疫症的爆發、監督控制措施或制定有效的防疫政策。當疫症出現時，具備一個數據蒐集和資訊傳送皆迅速、並可即時提供全部個案資料的系統，至為重要。

加強監察系統

10.2 在二月中接報廣東省爆發非典型肺炎後，醫管局設立了一個臨時監察系統，藉以通報嚴重社區型肺炎個案。在衛生署的協助下，監察系統得以擴展至私家醫院，而該系統亦證實有效。

10.3 不過，這個措施亦揭示了現時監察系統的不足之處。除與選定的家庭醫生合作推行的定點監察計劃外，從私營機構所得的監察資料極少。另外，現時亦缺乏全面的化驗所傳染病監察系統。

10.4 當局應致力確保所有微生物化驗所能迅速和定期向衛生署通報所有具公共衛生重要性的化驗結果，而較理想的方法是建立一套電子系統供通報之用。當局可立法規定化驗所必須就傳染病作出報告，以鞏固通報機制的基礎。更徹底的改革方法，便是把所有醫院的微生物化驗所集中在衛生署內，以便加強醫院和社區之間監察、醫院感染控制和處理疫症計劃。最後，跨境和國際間的協作的重要性和價值，亦是不容忽視的。

- ◆ 衛生署應竭力制定全面的化驗所傳染病監察系統，而私家醫院亦須參與例行監察工作，以及把定點監察計劃推展至基層護理。
- ◆ 政府、醫管局和大學的化驗所應就分享資料供臨牀、流行病學和研究之用達成協議。
- ◆ **綜合症網上電子資料庫(e-SARS)**：這是醫管局及衛生署合力發展的電子網上系統，資料完備，能與衛生署交換有關剛入院的綜合症病人資料，以便衛生署追查和追蹤曾與患者接觸的人士
- ◆ **中央個案及接觸資訊系統(SARS-CCIS)**：這是衛生署發展的資訊管理系統，具羣組分析功能，供實地流行病專家編製羣組連繫圖及選取已識別的羣組個案作分析用途
- ◆ **重大事件調查及災難支援工作系統(MI IDSS)**：這是香港警務處採用的罪案調查程式，有助迅速找出個案、曾與患者接觸的人士及綜合症高危地點之間的連繫，以便從速落實公共衛生措施。

改善傳染病數據管理系統

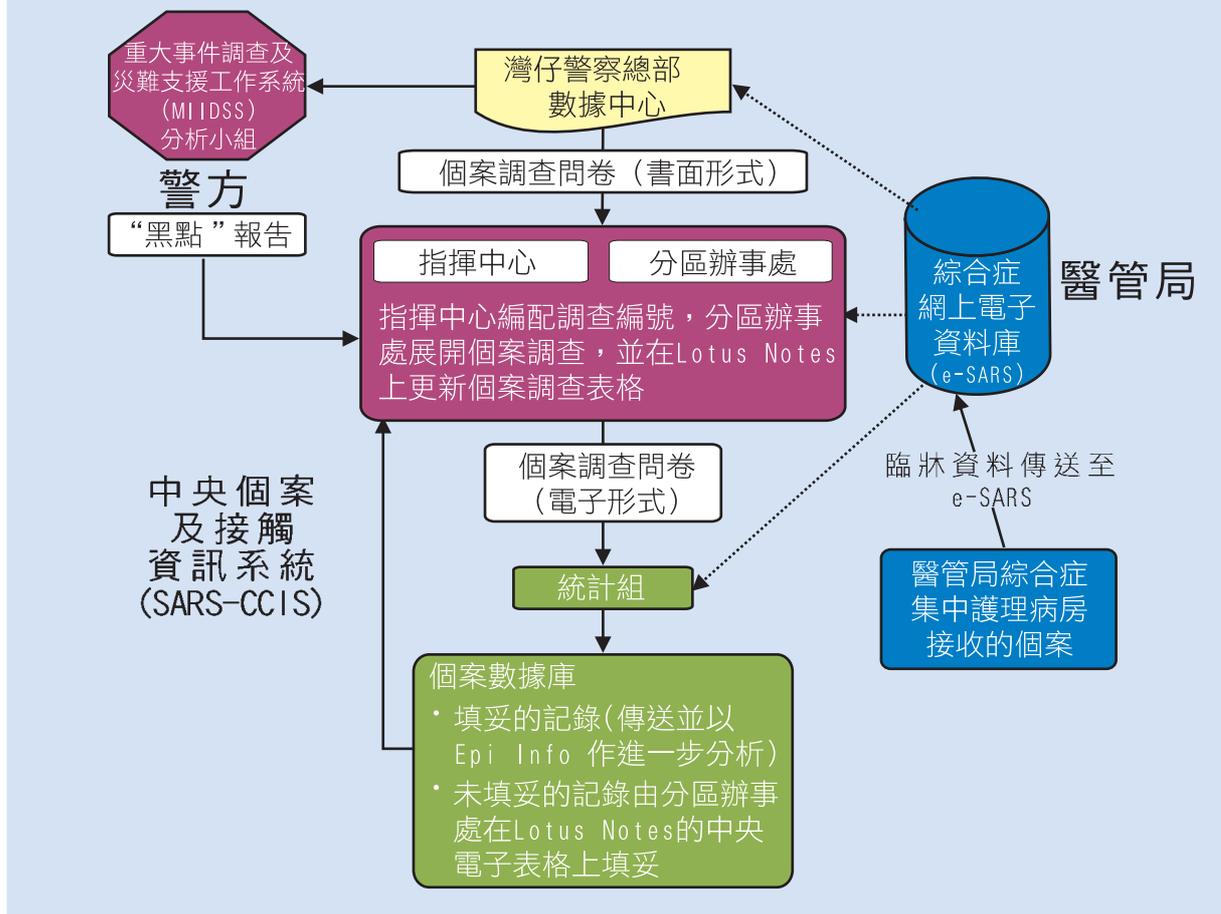
10.5 在綜合症爆發前，衛生署一般是依靠醫護服務界，包括普通科醫生和醫院以郵遞或傳真方式，向該署通報曾處理的傳染病個案，然後由公共衛生人員展開調查，並通過會面和實地視察，收集個案資料和曾與患者接觸人士的資料。現存的制度顯然無法支援在疫症高峰期所需追查曾與患者接觸人士的大量工作。

10.6 在綜合症爆發初期，衛生署及醫管局各自設立綜合症資料庫，分別作為公共衛生及臨牀治理的用途。雙方不能直接進入對方的資料庫，因此不能即時交換個案的資料。

10.7 衛生福利及食物局、衛生署和醫管局在二零零三年四月發展下列資料管理系統，竭力在極短時間內糾正這些問題 –

10.8 上述三個系統的配合和運作，可參考圖表 10.1。

圖表 10.1 綜合症網上電子資料庫 (e-SARS)、重大事件調查及災難支援工作系統 (MIIDSS) 和中央個案及接觸資訊系統 (SARS-CCIS) 之間的配合和運作



10.9 按衛生福利及食物局局長的指示，醫管局及衛生署在二零零三年三月二十八日開始發展綜合症網上電子資料庫 (e-SARS)。該系統於二零零三年四月八日啟用，不單為醫管局總辦事處和醫院之間，亦為醫管局和衛生署之間提供可即時共享的個案資料。這系統讓四間指定醫療中心的衛生署職員和實地工作人員可獲取關於與患者有密切接觸人士的資料，並有助對與患者有密切接觸的人士進行為期十日的健康監察。當局在疫症期間迅速設

立了綜合症網上電子資料庫 (e-SARS)，技術性能良好，確實是一項驕人的成就。

10.10 自二零零三年四月六日起，警方使用其重大事件調查及災難支援工作系統 (MIIDSS)，進行個案連繫和分佈分析，並編製“黑點”報告，以便向衛生署指示可能出現個案羣組的地方。這項重要發展，大大幫助衛生署的實地流行病學專家進行調查。在爆發疫症期間，這三個系統的互動作用對控制綜合症的擴散

至為重要。能夠於疫症危機中成功設立這些系統，顯示了當科技加上非凡的人為努力，現代科技可以發揮的功能以及短時間內可達到的成效。當局有必要把綜合症網上電子資料庫(e-SARS)、重大事件調查及災難支援工作系統(MIIDSS)，以及中央個案及接觸資訊系統(SARS-CCIS)的功能結合，成為功能更先進的數據管理系統中的常設系統，支援傳染病監察和控制工作。

10.11 當前的要務是借助衛生署和醫管局，以及衛生署和警務處既有的協作成果，把這些資訊系統加以適當修訂，作為可長遠使用的常設系統。香港每個人都有一個識別代號(身分證號碼)，可用作發展以人口為本的資訊系統，連結醫護體制內的所有機構，以便進行疾病監察和追查曾與患者接觸的人士。

10.12 首先，當局必須作出投資，給衛生署更佳的資訊科技支援。這項工作可依據政府發展電腦輔助醫療資訊系統的長遠政策路向推行，以便提供一個平台，讓公營和私營醫護機構共享數據。

10.13 其次，香港應推動醫護架構各機構(包括醫管局、衛生署、私營機構和社區診所)的資訊系統進一步的協作，並可能需要把人才和資料集中進行有關的工作，以及訂定清晰的目標。為確保資訊能夠雙向交流，當局必須定期向臨牀醫生和其他資訊提供者作出回應。此外，亦有必要讓市民加深認識疾病

監察的重要性，以及衛生署的保護私隱資料政策。有關政策必須能平衡公眾和個人的利益。例如，一名僱員懷疑患上綜合症，其私隱權必須得到尊重，但站在公共衛生的立場而言，其僱主或同事亦有權知悉有關感染的情況，兩者須要取得平衡。

- ◆ 衛生福利及食物局、衛生署和醫管局應常設一個更先進的數據管理系統，以便進行控制傳染病的工作。這個系統應建基於綜合症網上電子資料庫(e-SARS)、重大事件調查及災難支援工作系統(MIIDSS)，以及中央個案及接觸資訊系統(SARS-CCIS)的成果，並具備以下特色—
 - “即時”：把衛生署和醫管局資訊系統內的相關數據即時連結起來
 - “全面”：連結所有衛生機構，包括私營醫療機構和社區診所
 - “互動”：定時向訊息提供者作出回應，並在有需要時增加回應的次數和提供指定範疇的資料。
- ◆ 衛生署應制定和公布明確的保護私隱資料政策，以平衡公眾和個人的利益。這樣做既有助於培養公眾的個人責任感，亦使公眾對政府為預防傳染病而推行的公共衛生措施更有信心。

所聽所聞

- 多間醫院的通風系統已經過時
- 醫院病房擠迫，隔離設施不足
- 對於是否需要設立一間傳染病醫院，意見分歧
- 需制訂計劃，應付爆發大規模疫症時員工的調配
- 醫管局和衛生署缺乏曾接受適當訓練的員工，因而沒有足夠的應變能力
- 衛生署可用於控制傳染病的資源不足
- 私家醫生曾建議向公營醫院提供協助，但未獲調配參與有關工作
- 在發生公共衛生緊急事故時，政府應統籌醫療用品和防護裝備的供應

引言

11.1 這次綜合症的疫情令醫護體制不勝負荷，就醫院環境、公共衛生功能、裝備供應和協作安排而言，醫護體制的設計對於應付這樣規模的公共衛生緊急事故準備不足。當局須審慎處理這些問題，作充分部署，準備足夠的應變能力，以應付日後可能發生的緊急事故。

公營醫院的設施和服務

11.2 這次疫症揭示了醫院的設計和環境有不少顯著的弱點，例如病房過度擠迫，設施過時。出現疫情之前，病牀一般都擺放得密密麻麻，以應付與日俱增的病人數量。病房設計也往往不適合治理傳染病—

- ◆ 通風系統的設計通常無法確保空氣能夠從清潔區向污染區流動，而不是依相反方向流動

- ◆ 洗手和其他衛生設施普遍不足
- ◆ 附設獨立浴室設施的單人病房不足
- ◆ 缺乏可作防護衣物更衣用途的地方和淋浴設施

11.3 因此，醫院在這次疫症期間須要作出臨時安排，以減低交叉感染的風險，例如擴闊病牀之間的距離，以及裝設抽氣扇，藉以產生負壓。公營醫院的當務之急，是要改善基本設施，以加強感染控制。

11.4 醫院現有的隔離設施，通常是於標準病房之內設置兩間隔離室，這樣設計是為了應付分布於不同的專科病房偶發的零星感染個案。除瑪嘉烈醫院外，其他公營醫院並沒有指定的隔離病房。解決辦法之一，是建造或指定一間醫院專門處理傳染病。不過，此舉只會收窄整個醫管局內有關感染處理和控制的專門知識，而不能予以擴展；在運送傳染病人方面亦會帶來更多問題；同時病人如需要使用專科診斷和治療設施（例如腎科和外科專科的設施），也不方便。

11.5 因此，委員會贊成政府的建議，就是在選定的急症醫院附設傳染病病房，而非建設一間獨立的傳染病醫院。此舉讓運作、後勤支援和調動資源可以更加靈活，而且可為傳染病的病人提供急症醫院內的跨專科支援。

11.6 醫管局估計若綜合症在日後再次出現，便可能需要多達 2,000 張病牀，作應變之用。但若及時採取控制行動，將可減少所需的病牀數量。當局現時計劃改善九間主要急症醫院的病房設施，並擴展其餘醫院的隔離病房設施。同時，當局正在探討設立臨時隔離設施的其他方案。

醫院員工的培訓和調配

11.7 這次疫症也揭示了在醫護服務方面的員工培訓和專門知識，均有不足之處，包括欠缺有關傳染病的專門知識、感染控制方面的意識薄弱，以及對良好的感染控制措施認識不足。在不少醫護人員感染了綜合症後，技術人員不足的問題更趨惡化。雖然當局曾重新調配員工，但似乎缺乏周詳計劃和妥善管理。最易受影響的專科範圍似乎是深切治療部、傳染病科和呼吸系統科。不過，只要確保醫院傳染病控制措施完備，所有員工均受過良好的傳染病控制措施的基本訓練，便可彌補這些不足的地方。長遠而言，當局需計劃增加接受過深切治療和傳染病方面專門訓練的員工數目。

藥物、醫療消耗品及裝備的供應

11.8 疫症期間，藥物和裝備存貨的供應和分配曾出現各種問題。疫症初期，要找到可供應足夠的個人防護裝備的製造商，相當困難。其後的主要問題似乎是醫管局內部的個人防護裝備分配，以及私人執業的家庭醫生和安老院舍等私營醫療機構缺少防護裝備的供應。醫管局需與製造商和供應商建立良好的連繫，確保在發生各種傳染病緊急事故時，藥物、疫苗或裝備均有充足的存貨。

- ◆ 醫管局應採取下列措施，預備應付日後爆發傳染病 -
 - 改善感染控制安排，包括在每間醫院指定受過訓練的醫護人員負責感染控制工作
 - 投資改善醫院設施，包括在選定的急症醫院提供特別設計的隔離設施
 - 增強有關的臨牀專科人才(成人及兒童傳染病、深切治療、呼吸系統科)及處理疫症爆發的專門知識
 - 加強培訓，讓員工學習感染控制及其他欠缺的技能
 - 檢討化驗所處理量、化驗所的衛生及安全標準，以及是否備有高安全規格的化驗所設施
- 制定讓醫護人員可以適時取得足夠藥物、醫療消耗品及裝備的方法
- 加強管理能力。
- ◆ 醫管局應制訂應變計劃，內容包括 -
 - 備有感染控制設施和專門人才，以及微生物化驗所的支援
 - 動員醫院和重訂服務次序
 - 重新調配人手和其他資源
 - 藥物、醫療消耗品及裝備的緊急供應安排
 - 管理和實行資源調配的指揮架構。
- ◆ 當局應與衛生署／衛生防護中心合作制訂這些計劃。

公共衛生工作

11.9 此外，綜合症疫情也對公共衛生服務造成龐大需求。衛生署曾追查 26,000 多名人士，當中約有 280 人經診斷後發覺患上綜合症，衛生署病毒化驗所為大部分綜合症病人進行化驗調查。疫症期間出現了綜合症的個案定義不時修訂、數據不統一，以及溝通和制度上的障礙等問題，為解決這些問題，當局制訂了多項措施，包括加強追查曾與患者接觸人士的機制(例如設立綜合症網上電子資料庫(e-SARS)、重大事件調查及災難支援工作系統(MI IDSS)和中央個案及接觸資訊系統(SARS-CCIS)，並加強為曾與患者接觸人士

進行健康監察的系統(如指定醫療中心)。

11.10 不過，疫症凸顯衛生署一些不足之處，包括在流行病學和傳染病控制方面缺乏專門人才、系統支援不足、未有足夠公共衛生資源應付大規模的社區爆發。與公營醫院體制比較，公共衛生服務所獲得的撥款相形見绌，不成比例。在二零零三至零四年度，醫護服務的經常公共開支為 319 億港元，醫管局所獲撥款佔 292 億港元，衛生署只佔 26 億港元。這些問題有部分在成立衛生防護中心後可獲解決，但當局仍須制訂應變措施，以便在應付日後發生的緊急事故時，可以迅速增加公共衛生方面的人力資源。此外，有關機構所制訂的應變計劃應考慮如何能夠迅速地安排檢疫設施。

- ◆ 衛生署／衛生防護中心應制訂一套應變計劃，包括下列各項 -
 - 迅速加強疾病監察系統
 - 透過資訊系統支援以追查曾與患者接觸的人士
 - 訓練和調配在實地流行病學、追查曾與患者接觸人士及控制大型疫症方面具備專門知識的人員
 - 與大學、本地和國際機構協作，提高化驗所的處理量
 - 備有指定的檢疫和隔離中心。

與私營機構和志願機構的協作

11.11 綜合症疫情顯示，當局與私營機構的溝通和協作均不足以應付公共衛生緊急事故。私營機構人員的技能和專門知識未有獲得盡用，而私家醫生亦未獲公營部門的充分支援。不過，疫症期間，醫療輔助隊和民眾安全服務隊等機構，與及一些非政府機構，則作出不少貢獻。

- ◆ 衛生署／衛生防護中心和醫管局應與私家醫生商討他們在疫症爆發時可參與的工作，包括由私營機構提供後援服務和這些機構所需的支援服務。
- ◆ 衛生署／衛生防護中心和醫管局應利用醫療輔助隊和民眾安全服務隊等機構的服務，在疫症爆發時提供後援服務；並借助非政府機構之力，向長期病患者和在疫症下處境可能有困難的病人提供基本援助。

所聽所聞

- 利巴韋林和類固醇對綜合症的療效成疑
- 應招募傳統中醫協助前線醫護人員
- 醫院內負責感染控制工作的醫護人員不足
- 多間醫院的感染控制措施並不奏效
- 給醫院員工的指引不清晰或不易取得，原因是指引欠缺中文版本或有些員工無法進入內聯網
- 員工需要更多有關處理傳染病的培訓
- 沒有充分強調在醫院裡的工作安全
- 醫管局在消除醫護人員的憂慮方面做得不足
- 醫院的員工對個人防護裝備的規格和供應問題，覺得不清晰和混亂

引言

12.1 綜合症是一種新疾病，只能夠靠逐漸累積的實際經驗去進行治療。傳統療法的療效令人失望，日後須作出審慎評估。鑑於欠缺有效的療法，為保障員工健康，以及防止其他病人和醫院訪客感染綜合症，醫院感染控制成為臨牀治療綜合症的主要議題，良好的醫院感染控制措施，有助顯著減少發生醫院型感染。此外，醫院感染控制組在傳染病監察、支援社區感染控制，

以及應付大型疫症方面，亦發揮重要作用。傳染病亦威脅到醫護人員的工作安全，因此須確保所有員工均得到完善的職業健康服務。在重大危機(如綜合症疫情)當中或危機結束後，為照顧員工的身心健康而提供的職業健康服務，同樣是必不可少的。

臨牀診治

12.2 在疫症初期，一般對這種疾病所知甚少，由於疾病成因不明，所以最初採用非特定的療法，如支援性治療和使用能對付已知引起非典型肺炎的細菌的廣譜抗生素。可惜傳統的治療方法效果令人失望，使用抗生素無助醫治患者^{1,2}。

12.3 委員會知悉威爾斯親王醫院臨牀人員於早期制定治療方案，主要是透過每日觀察病人情況，並採用臨牀用藥引證的方式，利用累積病情發展的心得而逐步調整治療方法。病人於首兩天是以醫治社區型肺炎方式治療，處以廣譜抗生素(包括靜脈注射氨噻頭孢菌素，加上口服左氧氟沙星或甲基紅霉素，並每日根據臨牀徵狀、氧氣飽和度和肺部X光照片作出評估，假若病人發燒超過48小時，將於第三或四日開始處以低劑量皮質類固醇和利巴韋林。

12.4 由於綜合症患者的肺部電腦X綫斷層掃描呈閉塞性細支氣管炎有機化性肺炎，這現象顯示綜合症發病機理可能有免疫反應，而類固醇對這種肺炎有效，故引入皮質類固醇作為其中一種治療藥物。解剖檢驗亦發現死者肺部出現彌散的肺泡浸潤，及肺水腫併透明膜形成。此外，在廣東省一些早期的綜合症個案中皮質類固醇對患者有顯著的療效。

12.5 由於抗生素療法無效，促使運用抗病毒藥物。有見利巴韋林是一種廣譜的抗病毒藥物，能同時對抗核糖核酸或脫氧核糖核酸病毒，所以選用利巴韋林治病。過往研究證實在急性呼吸道感染初期，大量細胞活素會在肺部產生。亦有證據顯示利巴韋林可減少老鼠巨噬細胞釋出致炎性的細胞活素，可能會帶來良性的免疫調節效果。

12.6 當局曾檢討威爾斯親王醫院以利巴韋林結合類固醇治療的早期個案，顯示有大部分的病人的病情顯著改善。稍後，有證據顯示綜合症的發展分為三個階段：初期是病毒繁殖階段；接着有部分病人(25%)進展至第二階段的免疫過動期；少部分的病人(8-15%)會進入最後的肺部破壞階段。依據上述對發病機理的了解，當局進一步改善利巴韋林和類固醇的治療方法，把類固醇留待綜合症發展的第二階段才處方。

12.7 海外化驗結果其後顯示，利巴韋林在人體外沒有抑制綜合症的冠狀病毒的效用，令人質疑使用利巴韋林治療綜合症的療效。稍後有其他治療方案相繼提出，包括—

- ◆ 使用另一種抗病毒藥物蛋白酶抑制劑(Kaletra)：初步觀察研究顯示在綜合症病人身上似乎取得良好成果，插管率及氧氣不飽和度在某類別的病人下降。死亡率亦有所改善

¹ 《每周流行病学記錄》(Weekly Epidemiological Record) 78(12):81-88

² 《新英倫醫學期刊》(New England Journal of Medicine) 348(20):1977-85

- ◆ 使用康復期的血清：使用於少數病人身上以作為最後治療方法。血清是從綜合症康復者血液中提取，根據一個小規模非對照研究，病人的狀況有改善
- ◆ 使用傳統中醫藥：一項涉及中國內地 11 間醫院 506 宗個案的觀察研究，反映中西醫藥混合治療具良好的療效，報告顯示接受混合治療組別在維持氧氣正常飽和度，以及短時間內紓緩徵狀，如不適、呼吸困難和肺部出現浸潤，都反應良好。

12.8 委員會知悉廣東省中醫院兩名中醫專家於五月初應醫管局邀請來港，就向綜合症患者施以中醫藥提供意見。醫管局亦成立了一個跨專業綜合症協作小組，評估各治療方案的成效，以及如何作進一步研究。該小組的工作已於二零零三年六月十三、十四日，世衛在港舉行綜合症臨牀治理工作坊時作出簡報。

12.9 儘管當局就各類治療方法的成效累積了豐富經驗，但評估工作至今只限於事後分析臨牀成效數

據，或以非隨機的方式進行研究。至今當局仍未就治療綜合症的傳統療法進行隨機控制試驗，以評估其療效。此外，亦有需要為傳統中醫藥在預防及治療綜合症方面作進一步研究。

- ◆ 醫管局應根據本地和海外研究所得的最佳化驗和臨牀證據，定期更新綜合症的治療指引。
- ◆ 學術界和臨牀醫生應在另一次疫症爆發前，就分享資料的安排和進行隨機控制試驗的準則達成共識，內容應包括處理疫症的各项環節，如臨牀治療，保障員工和病人(包括個人防護裝備)，以及公共衛生措施。這些安排應與珠江三角洲地區共同採用。

醫院感染控制

12.10 全球感染綜合症的患者中，醫護人員佔一定的比例。詳見圖表 12.1。

圖表 12.1 醫護人員感染數目和百分比

地區	可能個案數目	醫護人員感染數目(%)
中國內地	5,327	1,002 (19%)
中國香港	1,755	386 (22%)
中國台灣	665	86 (13%)
加拿大	251	108 (43%)
新加坡	238	97 (41%)
越南	63	36 (57%)

資料來源：世衛網站於二零零三年八月十五日公布有關綜合症的資料

12.11 這場疫症顯示醫院感染控制往往受到忽視，水平未如理想。其中的例子包括：微生物學的研究差不多完全以化驗所為本；負責感染控制的醫生的領導並不清晰；曾接受感染控制訓練的護士不足；以化驗所為本的傳染病監察工作的意識薄弱（不少醫院化驗所沒有定期向衛生署匯報）；以及醫院與社區感染控制組並沒有建立緊密的連繫等。疫症期間，醫管局曾發出數份感染控制指引，如隔離程序、個人防護裝備規格；識別高風險患者和高風險區域的準則等。這些指引均上載醫管局的內聯網，並向各醫院公布。不過，這些指引似乎並未全部落實。當局應鼓勵前線員工參與制訂感染控制政策，讓政策在病房的層面能落實推行。

12.12 要有良好的感染控制安排，每間醫院須具有已確立的感染控制架構，並且具備足夠的資源和清晰的管理權責，同時應設有一個感染控制委員會，由感染控制小組支援，小組則由一名負責感染控制的醫生領導，該名醫生通常應是一名臨牀微生物學家。感染控制委員會應

- ◆ 推動感染控制政策和程序的發展、評估和檢討工作
- ◆ 確保把政策通報員工周知，並落實推行
- ◆ 評估遵從感染控制政策、程序和指引的情況
- ◆ 議定感染監察的工作目標和緩急次序

- ◆ 確保員工獲得適當的工作指示和啟導；並為在高風險區工作的員工，提供持續教育
- ◆ 為感染控制制訂審核計劃。

12.13 監察工作是醫院內部預防和控制感染的重要一環，有助感染控制小組就感染控制工作定出緩急次序，識別感染風險和鞏固良好措施，並盡快監測疫症爆發。由於很多社區型肺炎個案都會經醫院化驗所識別和診斷，以化驗所為本的監察工作應視為衛生署監察系統的重要一環。所有醫院化驗所應參與這項工作以確保監察系統能夠全面覆蓋。

12.14 每間醫院應有一個定期更新的醫院爆發疫症的控制計劃。醫院爆發感染事故在範圍和嚴重程度上差異很大，由數宗尿道感染的個案以至幾百人集體食物中毒都有，不一而足。控制計劃應包括宣布爆發疫症的準則，在何種情況下擴大醫院疫症控制小組及把領導工作交予衛生署。醫院疫症控制小組的職能包括 –

- ◆ 在疫症爆發期間採取各項所需步驟以便為病人提供持續臨牀護理
- ◆ 闡明疫症爆發對設施、資源和員工的影響
- ◆ 議定和協調調查和控制爆發的政策決定，並確保政策順利推行

- ◆ 考慮是否須尋求外界援助和專門人才協助
- ◆ 確保設立足夠的溝通渠道，包括指定一人負責在疫症爆發期間向新聞界發表聲明
- ◆ 向所有醫護人員和有關人員提供清晰的資料和指示
- ◆ 議定關於向病人、親屬和醫院訪客提供資料的安排
- ◆ 經常會面(通常每日)及檢討進度
- ◆ 確保與聯網內其他醫院、醫管局、衛生署和衛生福利及食物局保持溝通
- ◆ 界定何謂疫症爆發結束
- ◆ 擬備疫症爆發的中期和終期報告及評估和公開所汲取的經驗。

12.15 醫院感染控制小組須具備微生物學、感染控制方法、監察方法、流行病學和處理疫症爆發等各類知識和技能，才能有效運作。因此，感染控制小組的成員應包括一名醫院流行病學專家，以及一名具備流行病學和感染控制技能的公共衛生醫生。此外，感染控制小組亦須以人口為本作考慮基準，以便察知醫院感染對整個社會造成的影響。為培養、加強並支援上述技能；確保感染控制服務全面覆蓋社區和各醫院；以及改善醫管局與衛生署之間的協作，委員會建議衛生防護中心聘請醫院微生物化驗人員和感染控制人員。這樣，衛生防護中心便會有多組已納入醫管局的編制內、

並具備傳染病控制知識和經驗的人員。

- ◆ 每間醫院應設有一個感染控制小組，以便向醫院感染控制委員會定期匯報。該小組負責 –
 - 制訂、執行和審核感染控制的政策、程序和指引
 - 就各方面的感染控制教導和培訓學生和員工，並提供指導
 - 監察醫院感染的情況及協助監察社區感染
 - 監察醫院衛生標準
 - 評估和管理與醫院感染有關的風險
 - 進行連繫以便為員工提供職業健康服務
 - 就購買新設備和醫院建築工程計劃所涉及的感染控制事宜給予意見
 - 擬備和更新醫院爆發疫症控制計劃，並督導醫院爆發疫症時的對策
 - 編制周年報告
 - 與衛生署／衛生防護中心及其他醫院緊密合作。

個人防護裝備的規格和供應

12.16 醫院感染控制涉及多方面的工作，例如個人衛生措施、病人管理、環境因素(例如通風、空間安排、清潔設施等)以及包括個人防護裝備的保護措施。在疫症期間，

最受到關注的事情是個人防護裝備的規格和供應，這亦是爭論的核心，以及某些前線人員對醫管局管理層表達不滿的焦點。委員會在調查中，得悉有些前線人員和公眾人士因傳媒和不同醫護專業人員對個人防護裝備的規格所表達的觀點不一，感到無所適從。疫症爆發初期，就這問題當局每天需要面對批評。私家醫生亦投訴在疫症期間無法採購足夠的個人防護裝備，而政府並沒有替他們集中採購。

12.17 由於綜合症是新發現的傳染病，起初對這個疾病的傳染性和傳播方法所知不多。不過，飛沫和接觸受污染物件的表面似乎是主要的傳播方式。在疫症爆發期間，醫管局根據當時掌握的最可靠證據和國際衛生機構(如世衛和美國亞特蘭大的疾病控制及預防中心)的建議，多次修訂了給醫護人員建議個人防護裝備的指引。此外，由於員工的憂慮加深，加上傳媒的鼓吹，員工對個人防護裝備水平的要求亦提高，醫管局因應要求進一步提高個人防護裝備的規格。

個人防護裝備規格的演變

12.18 以下撮錄醫管局轄下醫院個人防護裝備規格的演變 -

- ◆ 二零零三年二月發現有禽流感(H5N1)個案時，醫管局曾發出建議，勸諭員工採取飛沫預防措施；經常洗手；適當消毒家居／設施，同時在護理有類似

流感症狀的病人時，須穿上防護衣物，包括口罩、手套和保護袍

- ◆ 三月中，隨着綜合症的出現和全球警示的發出，世衛首次提出，在護理綜合症病人時，必須有呼吸道隔離和嚴格的呼吸道和黏膜阻隔裝備
- ◆ 幾天後，美國疾病控制及預防中心建議，在該病的傳播模式未確定前，感染控制措施須包括提防透過空氣傳播(如佩戴N95口罩)、以及飛沫和接觸傳播(如穿上保護袍和手套)。與病人無論以什麼方式接觸時，都應保護雙眼。

12.19 醫管局按照這些建議，檢討屬下員工個人防護裝備的規格，建議在高風險區工作的員工穿戴防護衣物，包括N95口罩、護目鏡、手套、頭套和保護袍。該局亦加強指導員工如何適當使用這些個人防護裝備，同時特別強調觸摸過口罩的表面後必須洗手。在住院範圍內，與病人不論以什麼方式接觸時，都建議戴上外科口罩，如有需要，例如要與病人密切接觸，則建議額外穿戴護目鏡、面罩、保護袍和手套。

個人防護裝備的供應

12.20 在疫症爆發前，除外科口罩外，大部分因為綜合症而需要的防護裝備醫管局轄下醫院通常都沒有採購或使用。世衛發出全球警示後，世界各地對這些裝備的需求急

升，令醫管局初期採購個人防護裝備的工作大受影響。在三、四月間，當局即使在本地和外地盡力採購，亦難以儲備估計可用一至兩個月的個人防護裝備的存貨。由於醫管局決定以集中統籌方式採購個人防護裝備，雖然在某些供應緊張時期，存貨曾差不多用罄，但消耗量和存貨統計沒有顯示重大的供應問題。此外，適合大部分女員工使用的細碼 N95 口罩，供應情況一直令人關注。為確保供應充足，醫管局測試過 N95 口罩以外的其他型號，然後引進來應付需求。

12.21 疫症期間，當局以中央統籌方式採購和供應不同類型個人防護裝備的時序臚列如下 -

- ◆ 三月第四星期：外科口罩、N95 口罩、即棄防護袍
- ◆ 四月第一星期：3M Air-Mate PAPR，眼罩、面罩、護目鏡
- ◆ 四月第二星期：Tyvek 全身防護衣，Stryker T4 頭盔
- ◆ 四月第四星期：N100 口罩

12.22 委員會得悉，社會人士響應傳媒對各類籌款活動的宣傳，向本港醫護人員捐贈個人防護裝備。此外，香港亦得到中央政府捐贈個人防護裝備。這些捐贈物資均迅速分發給前線醫護人員。

³ 《防範飛沫和接觸對預防綜合症在醫院內傳播的效用》（“Effectiveness of Precautions against Droplets and Contact in Prevention of Nosocomial Transmission of SARS”）司徒永康等著，《刺針》二零零三年五月三日

個人防護裝備的消耗量

各類個人防護裝備的每日最高消耗量，以及受影響公立醫院可供使用的平均存量臚列如下 -

個人防護裝備項目	每日最高消耗量	平均每 日存量
護目鏡	2,599	24,598
N95 口罩		
- 細碼	13,556	243,593
- 普通	15,568	293,967
N100 口罩	727	45,471
手術用 口罩	278,636	5,213,471
即棄防水 保護袍	41,297	1,306,967
即棄防液 體保護袍	40,449	1,121,695
防液體護 眼罩	15,975	350,027
面罩	15,666	346,997

12.23 委員會亦得知，醫管局一直進行研究，藉以蒐集證據，作為制定感染控制措施的指引。一項以醫管局轄下五間醫院 254 名員工為對象的病例對照研究³發現，就感染綜合症的機會而言，有佩戴口罩（概率值為 0.0001）、穿著保護袍（概率值為 0.006）和洗手（概率值為 0.047）的員工比沒有使用口罩和保護袍或沒有洗手的員工為低。研究證據亦顯示，手術用口罩和 N95 口罩在統計上均能顯著地減低感染的風險。

12.24 研究證明口罩具備防護功能，表示在多數情況下，疾病是在醫院內經飛沫傳播。鑑於這個發現，醫管局進一步調整其建議的細節，重點是按照風險級別提供個人防護裝備。在多數情況下，建議使用手術用口罩，至於進行高危程序時，則應使用 N95 口罩、護目鏡、面罩和其他個人防護裝備。

職業健康

12.25 在多名醫護人員染上綜合症後，全球才首次對這綜合症提高警覺。在全球所有綜合症病人中，差不多有五分一是醫護人員。世衛指出，日後如有醫院員工集體感染非典型肺炎，應視為懷疑有可能爆發綜合症的警示。因此，醫護人員必須繼續對同事染病保持警覺，醫院亦須設有妥善的系統，把醫護人員染病的個案通報職業健康服務部門，而職業健康服務部門和醫院感染控制小組的人員亦須保持緊密連繫。

12.26 在香港的 1,755 名綜合症患者中，有 386 名為醫護人員，其中 320 名是在執勤時感染的醫管局員工。在員工感染率最高的新界東醫院聯網，每 1,000 綜合症病牀日數便有 15 名員工感染。整體來說，發病率最高的人員為醫生和護士，但健康服務助理和專職醫療人員也受到影響。醫護人員除本身感染綜合症外，不少更因為目睹同事的痛苦經歷而心

靈受創。大部分醫護人員在充滿壓力和困難的環境不眠不休地工作。面對一種原因不明的新病症，他們都會感到恐懼和憂慮。

12.27 儘管有批評指當局令員工面對不必要的綜合症所帶來的風險，亦沒有制訂足夠措施處理員工的壓力和焦慮，但醫管局和衛生署均有在這方面採取若干相應措施。醫管局曾舉辦員工座談會、為擔心傳染給家人的員工安排臨時住所，以及設立名為“心靈綠洲”的電話熱線服務，為員工提供心理輔導。衛生署亦與一間大學商討，為醫護人員設計一套心理健康課程和輔導計劃。

12.28 可是，現時為醫護人員提供的職業健康服務卻有欠完備。這些服務一般只着重職業安全，並不注重包括預防和治療方面的全面服務，照顧醫護人員的身心健康。職業健康服務最好交由受過訓練的職業健康醫生負責，並由職業健康護士、職業健康心理學家，職業環境衛生師及職業安全主任支援。很多與員工息息相關的衛生問題都涉及傳染病帶來的危險，例如因針刺意外而受到血液傳染的風險。因此，當局必須特別留意一些事項，例如為保障病人和員工而實施防疫注射和感染控制措施，以及通報影響員工的傳染病等。

職業健康服務的主要功能

職業健康服務的主要功能包括 –

- ◆ 為醫院內的醫護人員建立有關職業健康、意外和受傷的資料搜集及監察系統
 - ◆ 發展策略和計劃，為醫護人員提供有效的保障，並推廣醫院內職業健康和 safety
 - ◆ 與職業安全健康局、勞工處職業健康科、非政府機構和學術界建立伙伴關係，並推廣職業健康和 safety
 - ◆ 與醫院內前線員工建立伙伴關係，並推廣職業健康和 safety
 - ◆ 作為職業健康和 safety 的顧問，並與衛生防護中心和醫院感染控制小組的人員保持緊密連繫，共同推動職業健康和 safety。
-
- ◆ 醫管局應檢討本身的職業健康服務，並提供一套全面的職業健康服務，由受過專業訓練的職業健康人員管理，以照顧醫護人員的身心健康，並加強他們的工作安全。

所聽所聞

- 須增加對綜合症傳播途徑、個人防護裝備的效用和最適當的治療方法進行研究
- 須弄清楚傳統中醫藥對治療綜合症的作用
- 兩間大學合作分析疫症過後的公共衛生情況及研究疫症對日後的影響，研究結果良好
- 兩間大學的協作不足
- 缺乏持續提供的撥款，作公共衛生研究之用
- 安老院舍的醫護人員和員工應接受更全面的感染控制和危機管理訓練
- 需要更多曾接受臨牀傳染病專科訓練的呼吸系統兼深切治療科專科醫生
- 需要更多曾接受實地流行病學和傳染病控制訓練的公共衛生醫生

引言

13.1 綜合症是一種新疾病，為了解這種疾病及其對公共衛生的影響，當局必須就微生物學、臨牀病徵、治療學和控制措施等方面進行研究。此外，這場疫症亦揭示了多項培訓方面的缺點，以及若干專科出現人才不足的問題。

研究

13.2 香港具備處理傳染病的經驗，加上研究的風氣和善用英語，因此，在這裏進行綜合症研究，可謂適得其所。香港已發表不少這方面的研究成果，科研工作出色，贏得國際聲譽。最先識別綜合症冠狀病毒、於早期已對綜合症的臨牀病徵作出描述和對綜合症流行病學進行詳細分析等，都是香港科研成果的例子。（見第 21 頁“突破發現”一文。）

13.3 大學、醫管局和衛生署已就綜合症展開持續研究的工作，也有一些研究是由衛生福利及食物局委託進行的。這包括在動物身上找尋綜合症源頭、病毒的分子流行病學、快速診斷測試、臨牀表徵的範圍，包括誤診為綜合症的程度及非典型或潛伏病徵，以及疾病對個人和社區在心理方面的影響。政府已成立一個 4 億 5,000 萬港元的研究基金，資助預防、治療和控制傳染病的研究計劃，特別是初次出現的傳染病，包括綜合症。



化驗工作

13.4 此外，研究資助局(一所非法定的諮詢機構，其工作之一，是就香港高等教育院校學術研究的需要，向政府提出建議)於二零零三年五月安排特別撥款，資助直接與疫症有關的緊急學術研究計劃，使香港更了解這疾病，以幫助對抗疫症。研究資助局並且特別撥出共 1,000 萬港元，資助 16 項緊急和重

要的研究計劃，解決疫症所帶來的某些即時問題。

13.5 不過，有些關於綜合症的問題仍需借助進一步的研究去解答，例如－

- ◆ 臨牀管理，包括治療學和傳統中醫藥的作用
- ◆ 傳播風險，包括傳播方式和有傳染力的時期
- ◆ 適當的醫院感染控制措施，例如如何選用個人防護裝備
- ◆ 社區感染控制措施的成本及臨牀效益
- ◆ 綜合症對康復者的長遠影響。

13.6 為確保能夠全面和適當地解決這些問題，研究工作必須妥善協調，這點很重要。從本質說，研究工作往往存在很大的競爭。但鑑於保障公眾健康屬當務之急，大學之間的研究工作實應互相合作，避免競爭。目前，研究工作的優先次序，主要受制於研究撥款機構、大學教育資助委員會，以及衛生福利及食物局(負責管理新設立的綜合症研究基金)。各學院、學術機構、醫管局及衛生署宜有更多的參與，以便釐定研究工作的優先次序，並確保就綜合症在微生物學、臨牀診治、公共衛生、心理和社會等方面進行的研究，能適當地取得平衡。當局應培養在公共衛生服務領域以內的研究風氣，並加強衛生署和流行病學與社會醫學等學院之間的協

作關係。疫症控制計劃應包括訂立研究項目緩急次序的機制，以應付日後一旦爆發初次發現或新出現疾病的情況。最後，基於香港的特殊地理位置，香港應與珠江三角洲及中國內地其他地區合作，發展跨境研究。

- ◆ 政府和醫管局應與大學和研究撥款機構合作，確保有適當重點放在公共衛生方面的研究；為應付日後爆發綜合症而須急切推行的研究應獲優先撥款。
- ◆ 應就下列各方面進一步研究 –
 - 改善診斷技術
 - 綜合症臨牀管理，包括治療學和傳統中醫藥的作用
 - 綜合症的傳播風險
 - 應付綜合症時最適當的醫院感染控制措施
 - 在劃定的人口和社群中，調查綜合症的血清現患率
 - 綜合症社區感染控制措施的成本及臨牀效益
 - 綜合症的長遠影響。
- ◆ 各大學之間應加強研究方面的合作。
- ◆ 衛生署、醫管局和大學應聯合聘請學術研究和臨牀的公共衛生人員，這些人員應從事跨衛生和醫護體系的工作。此外，也可考慮是否成立一所公共衛生學術機構，把為數不多的專門人才集中起來。

- ◆ 積極鼓勵在珠江三角洲內進行跨境研究，並善用國際研究機構樂意與香港的研究人員合作的這個優勢。

培訓

13.7 為應付綜合症疫情，醫管局迅速為醫院員工舉辦各類培訓，並成立傳染病控制資源中心。同時，醫管局為各人員(包括新聘護士、專職醫療學生、醫管局承辦商、私家醫院員工、借調醫生、輔助醫護人員和實習醫生)舉辦感染控制培訓班。此外，醫管局亦定期發布最新消息、舉辦複修課程和提供有關感染控制的視像特輯，以及舉辦實習工作坊，教導指定類別人員穿著個人防護裝備。截至二零零三年四月底，在醫管局各級和各職系的員工中，超過 95% 已接受最少一輪的感染控制培訓。

13.8 目前，醫護培訓的重點幾乎全集中在臨牀工作；醫護人員一般在感染控制和公共衛生方面的訓練並不足夠。在私營醫護機構的基層護理人員和安老院舍職員中，這個問題亦同樣出現。從基層訓練至大學課程，以及持續教育等層次，似乎都缺乏這方面的培訓。因此，大學、培訓機構和醫護界的思維須加以改變，應多着重公共衛生、預防和感染控制方面。此外，須在政策和資源方面作出更大承擔，確保所有醫護人員在上述範疇得到培訓。對於公私營機構的員工，以及基層

和中層護理的人員來說，這種訓練同樣重要。訓練須持續進行，當局並須定期審核感染控制的標準。

13.9 即使在公共衛生服務方面，實地流行病學和傳染病控制的經驗亦嚴重缺乏；曾接受全面訓練並獲認可的公共衛生醫生的人數也相對地少。在超過 600 萬人居住人口稠密的地區，發生重大傳染病事件的機會很大，若缺乏上述的經驗實屬重要的缺點。要解決這個問題，必須盡快提供持續的實地流行病學培訓課程。其他地方推行的實地流行病學培訓計劃一直都相當成功，可以在兩年內培訓不同科學背景（醫學、護理、獸醫、醫療生物科學）的人員成為具備豐富實際經驗的高質素流行病學學家，例子計有美國的流行病情報服務(EIS)、歐盟的歐洲流行病學治理訓練(EPIET)。在世衛的協助下，類似的計劃也逐漸在亞洲地區推行，特別是泰國，而內地亦已展開有關計劃。當局應探討可否參與這項計劃，以便盡快把這些技術引入香港的公共衛生服務內，並與中國其他地方的專業人員發展更大的協作空間。

13.10 長遠而言，衛生防護中心最適合擔任領導角色，並與本港的大學、香港社會醫學學院及其他海外機構協作，推行公共衛生教育和培訓的工作，並應預留撥款作相關用途。

- ◆ 政府、醫管局、大學、培訓機構和私營醫療機構的僱主須確保所有醫護人員都在控制感染方面獲得基本和持續訓練，並且具備流行病學的基本常識和明白公共衛生原則。
- ◆ 醫管局應盡快解決臨牀傳染病和深切治療方面缺乏所需技術人才的問題。
- ◆ 政府應在公共衛生訓練方面制定政策大綱，並確保對這項工作優先調撥資源。
- ◆ 政府應考慮制定一項香港實地流行病學培訓計劃，以便可於短期內擁有一批受過傳染病特別培訓的流行病學家。此外，亦應研究可否與內地合作進行公共衛生方面的培訓。

所聽所聞

- 政府及醫管局的運作欠缺透明度
- 醫管局不願向外界提供資料，有關大學卻較樂意提供資料
- 當局初期的回應顯得被動、簡短、零碎和不夠全面
- 政府提供的指引不清晰、含糊和自相矛盾
- 醫管局與傳媒溝通時厚此薄彼
- 醫管局似乎無法協調各醫院所提供的資料
- 政府劃一綜合症簡報會於每日同一時間舉行，並由同一些人員匯報，此做法值得讚揚，但應早些開始實行
- 負責醫療事務的人員需接受與傳媒溝通技巧的訓練
- 傳媒曲解某些問題，例如防護裝備不足及保護衣的重要性
- 當局應成立一個整體統籌中心，負責接受查詢及發放消息

引言

14.1 在處理嚴重疫症時，要穩定公眾信心是一項關鍵性的工作，尤其是在疫症爆發初期，當局為此須要運用相當的技巧與傳媒溝通。在疫症控制計劃中的一個當然部分，就是要定下與傳媒溝通的基本守則。

與傳媒的溝通

14.2 衛生福利及食物局局長、衛生署及醫管局人員自三月十三日起，每天(除了四月四日至六日這三天外)均與傳媒會面，向公眾發布有關疫情的消息。不過，發布消息的人員及時間每天卻不一樣。直至四月十九日，當局才劃一發布消息的形式，由衛生署署長主持傳媒簡報會。有部分新聞工作者投訴醫管局只是選擇性地發布有關綜合症的消息，以及各醫院與傳媒不夠直

接溝通，信息需經醫管局總辦事處轉達。



由衛生署署長和醫管局代表主持的每日傳媒簡報會

14.3 疫症爆發初期所提供的消息無法滿足傳媒的要求。不過，消息的內容、時間性和一致性均逐漸有所改善，部分原因是設立了綜合症網上電子資料庫和重大事件調查及災難支援工作系統後，可提供的資料增加，以及因為澄清了醫管局和衛生署在發布消息方面分別擔當的角色。一般來說，傳媒似乎對在疫症後期的溝通安排感到滿意。

14.4 當局需要在整體處理疫症的計劃中，制定更周詳的資訊策略，以及清楚指定負責制定這套策略的機構。這套策略須顧及各種可能出現的情況，並且加入風險評估和傳達有關風險信息的方法；策略的推行，亦要貫徹一致，協調得當。最理想的做法是指派一名發言人帶領與傳媒溝通的工作，為確立公信力，這名發言人必須具備合適的資歷、公共衛生的專門知識和與傳媒溝通的經驗。當局應事先物色具備合適專門知識、政治觸覺和傳媒溝通技巧的人選擔任發言人。此外，當局必須與本地傳媒培養伙伴關係，並為新聞工作者提供傳染病流行病學和控制疫情方面的培訓，以發揮傳媒在發布公共衛生消息方面的作用。

14.5 在疫症爆發時，所有與傳媒溝通有關的行政安排都應由一個專責部門處理，以便騰出負責公共衛生事務的人員處理疫症。如涉及多於一個機構（例如醫管局和衛生署），有關方面便應舉行聯合新聞簡報會，而各機構在簡報會上所負責的範疇應清楚劃分。如直接涉及衛生福利及食物局，當局應舉行聯合記者招待會，其間公共衛生專業人員與政務人員的角色應清楚區分，前者負責提供科技性的資料及意見，後者則負責據此落實政治決定。

- ◆ 當局應讓衛生署／衛生防護中心全權負責制定一套傳染病爆發時的信息傳遞策略（包括有關風險信息的傳達）。有關政策應 -
 - 包括與市民大眾的溝通，以及公營部門與私營醫護機構之間的溝通
 - 配合預期目的、信息內容，以及媒體和受眾的需要
 - 採用多元化的溝通模式，包括記者招待會、求助熱線和網站，以及大型宣傳活動
 - 確保發言人曾接受適當的傳媒訓練，特別是如最妥善傳遞有關風險和不明朗的信息。當局亦應考慮委託外界的顧問協助這項工作。
- ◆ 醫管局應制定與傳媒溝通的策略，包括如何與衛生署協調，並詳細界定醫管局總辦事處與各醫院之間的分工，當中應考

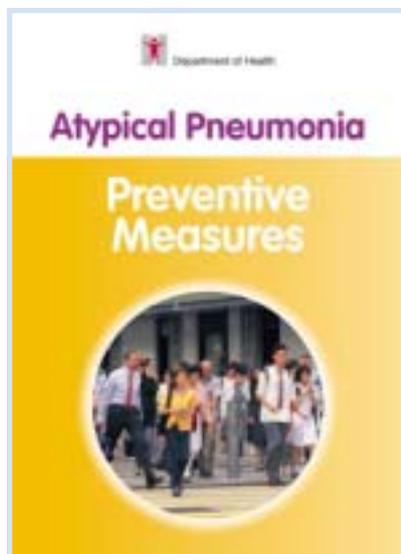
慮工作的緩急次序，以及醫管局總辦事處和各醫院分別能夠提供的資料等。

- ◆ 政府應藉着定期接觸，提供有關傳染病的培訓，與及透過其他方式，培養與傳媒的伙伴關係。

與公眾的溝通

14.6 在疫症初期，當局由於未有作好準備，與公眾的溝通不如理想。其後，衛生署盡力通過多種途徑，向公眾發放消息和提供指引，包括設立資料詳盡的網站。世衛曾多次讚揚香港，以公開和具透明度的態度處理綜合症。

14.7 當局須把與公眾的溝通視為公共衛生工作的一環，如流行病學、健康推廣和健康教育一樣。疫症爆發時，當局必須採用各種方法發放消息，確保公眾人士能夠得到合乎個人需要的指引，並設立途徑，供個別人士發表意見和提出建議。



有關綜合症的小冊子

與醫護人員、病人和病人親屬的溝通

14.8 醫管局已致力與員工溝通，包括由三月下旬開始出版“抗炎日訊”，但從員工焦慮的程度看來，該局似乎仍需要多做工夫。在綜合症爆發前，醫管局嚴重社區型肺炎工作小組曾向醫管局轄下所有醫院發出一份有關防治嚴重社區型肺炎的文件，並上載醫管局內聯網，供員工瀏覽。然而，發布消息和向員工提供指引的機制，似乎未能趕上綜合症的急遽發展。若過份倚賴內聯網來發放資訊，可能令部分員工無法知道有關消息。



抗炎日訊

14.9 此外，由於醫院禁止或限制市民到醫院探望病人，病人與家人無法聯絡，因而深感憂慮。當局在某些情況已推出創新的措施，但日後在制定計劃時仍須顧及這問題，並且設法解決。

- ◆ 醫管局應制定與員工溝通的策略，包括面對面的直接溝通(例如為個別醫院員工舉行會議)，以及避免過分依賴內聯網來發放資訊，因為此舉可能令部分員工無法知道有關消息。
- ◆ 醫院應檢討在嚴重的疫症爆發期間與病人及其家人溝通的程序，包括利用資訊科技和視像科技，讓病人在隔離期間仍可與家人保持聯絡。

所聽所聞

- 政府在處理綜合症疫情時沒有與社會各界互相協調
- 當局未有向社區裏的長期病患者提供足夠的資訊
- 安老院舍由於地方有限，容易有傳播傳染病的危險
- 醫院與安老服務機構的協作需要加強
- 醫護專業團體在疫症中起了積極作用，但未有獲得當局充分動員
- 私營醫療機構可在疫症爆發期間與醫管局互相合作，但當局並未充分利用這些資源
- 私家醫療機構在疫症期間致力維持服務，但他們的貢獻未獲充分肯定
- 學術界在疫症期間作出不少貢獻，但各大學與政府之間並無正式協調

引言

15.1 在綜合症爆發期間，香港市民深感憂慮是可以理解的。市民不僅擔心自己的健康和會否受到傳染，也很想盡其所能對抗疫症和防止疾病蔓延，並向有需要的人施以援手。若能匯聚因這種焦慮所耗用大量的精力，連繫社會各界共同參與，可以為處理危機給予建設性的支援。

15.2 就這方面而言，有需要：

- ◆ 提倡以人口為本的衛生防護概念
- ◆ 統籌和推動社會各界參與
- ◆ 留意長者、長期病患者等有特別需要的社羣
- ◆ 邀請私營醫療機構和志願組織參與
- ◆ 取得社會人士的回應。

以人口為本的衛生防護工作

15.3 當局實施衛生防護措施時，似乎缺乏以人口為本的觀念，因而造成了兩方面重要的缺失。首先，當局容易忽視社會中某些社羣(如兒童、長者、弱智人士等)的特別需要。此外，亦錯失機會動員社會各界別，邀請如學校、非政府機構、區域組織等參與健康推廣工作、公眾教育運動。

15.4 當局在疫症期間致力推動社會各界共同參與抗疫工作。衛生署已透過與不同機構合作，舉辦大型的關注健康活動，以宣傳個人和環境衛生的重要。此外，亦與傳媒建立伙伴關係，指派負責公共衛生的官員出席由商營電視台和電台製作的“對抗綜合症”節目。

15.5 要推行以人口為本的衛生防護工作，地區層面須加強溝通、協調和建立更完善的網絡。衛生署須制訂綱領，以連繫社會各界共同參與健康推廣和公眾教育工作。當局實施以人口為本的衛生防護措施，必須以社會人士的回應為依歸，因此，衛生署應考慮如何定期進行調查。

特別需要照顧的社羣

15.6 對於特別需要照顧的社羣，當局應多加關注。首先，須設立觸角敏銳的監察制度，以便盡早知悉這些社羣(如安老院的長者)對公共

健康構成的威脅。其次，於疫症期間，須額外照顧這些人士的需要。

長者

15.7 最容易受到傳染的羣體也許是居住在安老院的長者。長者通常是體弱、有慢性病和需要大量護理照顧。他們居住的環境擠逼並缺乏設施以維持良好的感染控制水平，而他們亦有時難於取得足夠的醫療意見和支援。安老院頗缺乏有護理訓練的人手投身工作，一般護理人員對感染控制認識不足。

15.8 為疫症再次出現做好準備，當局應在地區層面加強衛生署、地區醫院、社會福利署與安老院舍的溝通。由於安老院舍的設計大都不具備適當的隔離設備，亦缺乏這方面的人手，因此普遍意見贊成綜合症年長病人在醫院接受隔離的安排。然而，安老院營辦者應制定完備的感染控制政策，並為員工提供感染控制方面的培訓。營辦者亦應儘快檢討安老院內的感染控制設施，而當局亦應研究如何推動業界改善感染控制設施和程序。政府為確保在這方面持續提供支援，應研究進一步加強社區老人評估小組。此外，“到診醫生”計劃亦應轉作常規服務。

15.9 在應變計劃方面，每間醫院最好指派一名中央統籌員或聯絡員，負責向安老院提供資訊和意見。計劃亦應包括如何協調安老院營辦者和長者服務機構之間的訊息交流和提供實質協助。當有公共衛生緊急事故時，政府應隨時準備提供援

手，協助安老院營辦者購買個人防護裝備。

- ◆ 應加強安老院的感染控制安排，包括為員工提供感染控制方面的培訓，以及改善隔離設施。

長期病患者

15.10 在疫症期間，一些有長期病患的門診病人認為，當局未有為他們提供足夠的資訊或醫療服務，而住院病人則擔心要承受在公營醫

綜合症與安老院舍

在香港經營安老院舍須向社會福利署取得經營牌照。目前，香港有 741 間安老院舍，共提供 70,500 個宿位。這些宿位有 30% 由資助院舍提供，65% 由私營牟利院舍提供，餘下的 5% 由非政府機構以非牟利但自負盈虧的方式運作。

安老院舍在四月中開始有院友感染綜合症，他們大部分是由於醫院爆發綜合症而染病。共有 72 名來自 51 間安老院舍的院友感染綜合症。有院友感染的資助安老院舍比率為 15%，私營安老院舍的比率則為 5%。此外，有 11 名安老院舍職員染上綜合症。不過，他們並非全部在工作地方染病。

委員會從院舍營辦商得悉，他們在疫症期間遇到下列困難或問題 –

- ◆ 衛生署和醫管局發出的指引所載訊息有差異；就連衛生署不同組別提供的指引也不一致
- ◆ 恐懼因地方有限和缺乏可供剛離開醫院的院友集中入住的隔離設施而造成交叉感染
- ◆ 對住院院友的健康狀況和出院後所需要的護理缺乏足夠資料
- ◆ 不熟悉感染控制措施和個人防護裝備的使用方法，而採購裝備方面也有問題。

委員會也從社會福利署、衛生署和醫管局得悉他們曾採取以下行動 –

- ◆ 衛生署、社會福利署和安老院舍建立連繫，以便交換資料。衛生署把綜合症網上電子資料庫有關住院院友的資料轉告安老院舍
- ◆ 社會福利署和衛生署在四月底探訪所有安老院舍，評估院舍的預防措施是否符合規定，並致送禮物包，內有個人防護裝備和消毒劑
- ◆ 衛生署前往有院友感染綜合症的安老院舍，即場為職員提供健康教育和訓練
- ◆ 為了盡量減少住院需要，醫管局在香港醫學會的協助下加強到診醫生計劃，為安老院舍提供醫療和分流服務。

院內受到交叉感染的風險。長期病患者不知他們應向誰求助或尋求意見，亦沒有獲得足夠的醫療和心理輔助服務。

15.11 衛生署、醫管局和社會福利署應研究如何善用現有的病人組織網絡，以便在疫症期間發放消息，亦應研究預先制定與私營醫療機構的協作計劃，協調醫療資源的運用，在緊急事故出現時把長期病患者由過於擠迫的公立醫院轉介往私家醫院治理。委員會亦認為，發展綜合社區照顧模式，把基層護理功能，以及醫院在傳統上為長期病患者提供的一些較基本的社區照顧功能合而為一，實有其可取之處。

兒童

15.12 學校和幼兒中心是重要的定點監察站，也是容易爆發或傳播傳染病的地方。在綜合症爆發期間，當局通過公告，以及向學校和幼兒中心發出指引，就監察提供意見，並鼓勵通報個案和建議預防措施。某些措施可發展成為這組羣的長期衛生防護策略的一部分。

私營醫療機構、學術界和志願組織

私營醫療機構

15.13 疫症期間，綜合症病人全都獲轉介往醫管局網絡的醫院接受治療。私家醫生和醫院曾表示願意

綜合症及長期病患者

疫症期間，公營醫院(尤其是專門門診診所)的非緊急醫療服務，大都因為已超出醫院的處理量而告中止。此外，公營醫院亦由於醫院爆發疫症而成為高危地方。非綜合症患者(包括長期病患者)都盡量遠離公營醫院。接踵而來的問題可從下列病人或其代表的說話中反映出來－

“很多長期病患者須經常往公營醫院接受治療或覆診。疫症期間，他們實在感到很憂慮，不敢返回醫院覆診，以致連所需的慢性疾病藥物也無法取得。”

“老實說，我真是非常害怕……我已見過醫生，但沒有人告訴我離開醫院後要做些什麼，例如我要做些什麼消毒工作，要採取哪些清潔措施等，所以我非常害怕。”

醫院爆發疫症期間，必須減低長期病患者對醫院服務的倚賴，須緩解真正需要醫院服務但不敢到醫院就醫病人的恐懼和焦慮，並且必須能夠解答病人的疑問。在醫院出現危機期間，病人需要簡單和清晰的就醫指示。一名病人團體代表建議：“當局可否為長期病患者制訂某種應變計劃？例如某些事情發生後應怎樣做；他們想改期應診，應如何辦理。”

協助照顧非綜合症病人；不過，當局似乎並未充分運用這方面的資源。其他輔助醫療專業(如藥劑師)亦未獲充分動員。整體而言，私家醫生認為疫症期間，他們致力維持醫護服務，但他們的貢獻未獲充分肯定。衛生署和醫管局仍有不少空間，可與私家醫生和私家醫院發展更緊密的伙伴關係，共同應付公共衛生的緊急事故。

學術界

15.14 學術界在公共衛生方面的主要任務，是填補政府未能兼顧的範疇。除了研究和培訓(參閱第十三章)外，學術界也會在疫症期間就公共衛生教育提供專家意見，以期在不引起恐慌的情況下，提高公眾的警覺意識和提倡適當的預防行動。此外，學術界亦可就政府的公眾衛生教育計劃是否奏效，進行研究和提供意見。各大學之間的工作亦須協調。

其他專業團體

15.15 其他專業團體的專門知識和技能，在處理傳染病爆發時都很有價值。疫症期間，這些專業在醫院的通風設備／空調系統的設計，以及邊境管制站的紅外線體溫探測儀的設計，也曾作出貢獻。政府調查和處理淘大花園疫症的工作，便是動員各種專業人員的典型例子，涉及建築物通風設備、排水系統設計，以及環境污染等專門人才。

志願組織和工商界

15.16 要應付重大的公共衛生緊急事故，是必須有醫療系統內外的不同機構和組織共同參與。疫症期間，志願組織的動員能力，以及工商界的積極投入抗疫，正好充分顯示這一點。

救護員

當學校因綜合症爆發而停課期間，一名大學生選擇在救護車工作，幫助運送病人(包括綜合症病人)到醫院。他於數年前參與救護工作，在疫症期間，雖然受到母親反對，仍維持這項志願服務。有時候，他一晚要出動四至五次，把懷疑綜合症病人送到醫院。他每次執勤均要換上新的防護裝備。他表示即使這項工作十分艱辛，令他疲累不已，更不要說所涉及的危險，但這項工作仍需有人承擔。

護士學生

約有 40 名年青的護士學生參與一項計劃，讓他們在疫症期間臨時在醫院工作。他們大部分是等待獲取正式護士資格的護士學生。他們被派到威爾斯親王醫院和瑪嘉烈醫院服務，部分職務是照顧容易感染綜合症的長期病患者。雖然他們並非直接參與抗疫工作，但已減輕了前輩們在前線的工作量。

15.17 醫療輔助隊和民眾安全服務隊在疫症中提供支援方面，尤其是在協助實行檢疫／隔離措施方面，作出重大貢獻。非政府機構與多個政府部門合辦一項全港清潔運動時，也動員大批義工幫助有需要的長者進行清潔。各方面的工作必須充分協調，而資源亦得到妥善運用，最佳的方法達到這成效莫過於邀請這些機構一同參與制定公共衛生緊急事故的應變計劃。

社會各界共同參與

15.18 疫症期間，社區組織、非政府機構和專業團體一同舉辦 1,000 多項節目和活動，呼籲市民保持良好的個人和環境衛生，合力對抗綜合症，並傳揚關懷他人的信息。其中一些活動包括－

- ◆ **心連心全城抗炎大行動**－這個行動小組於四月中成立，徵集社會各界人士的資源和人力，通過不同的活動促請公眾注意個人和環境衛生，以對抗疫症。小組動員了 6,000 名義工，他們大部分來自社會福利界，協助清潔約 2,000 名需要協助的長者或傷殘人士的家居，並派發健康信息卡。小組亦籌辦多項活動，提倡社會人士互相關心。
- ◆ **香港是我家－支援前線醫生／醫護人員**－這是一個由 600 多個社區組織組成的聯合行動小



一名義工在疫症期間協助年長女士清潔家居

組，負責安排活動以表達社會人士對前線醫生／醫護人員的讚賞。這個小組已籌得 500 萬港元以資助各項活動。

- ◆ **工商界關懷非典型肺炎受難者基金**－基金由工商界設立，旨在向綜合症受難者提供經濟援助。基金在一日內籌得合共 1,700 萬港元。
- ◆ **茁壯行動和 1:99 慈善音樂會**－由本港的演藝人發起，計劃籌得約 1,800 萬港元，援助受綜合症影響的兒童。
- ◆ **護幼教育基金**－這個基金由 4 位政府女性高級人員設立，旨在向在綜合症疫情中失去父母的兒童提供教育和生活援助。此外亦表達公務員對社區的關懷。基金共籌得 7,600 萬港元。

15.19 委員會認為這些來自民間的義舉值得讚揚。政府在疫症後應繼續保持這種社區網絡。

- ◆ **制定以人口為本的綱領，以備疫症爆發時－**

- 協調各界別(醫院、公共衛生和社會服務)所提供的服務，並額外留意特別需要照顧的社羣
 - 盡量發揮護士和其他醫護專業人員所長，讓他們照顧特別需要照顧的羣體(兒童、長者和長期病患者)，以及作出定點監察
 - 推動私人執業醫生參與提供服務
 - 推動志願團體、醫療輔助隊和民眾安全服務隊等機構，以及非政府機構參與工作，向受影響的人和長期病患者提供護理照顧
 - 鼓勵社區人士共同參與健康推廣和健康教育運動。
-
- ◆ 衛生署應定期進行調查，以便獲得社會人士對公共衛生事務的意見。
 - ◆ 同時，應考慮由政府 and 社會各界共同集資，成立一個向市民提供濟急援助的應急基金。

所聽所聞

- 一些綜合症患者和他們的家人受到歧視
- 一些長者以至長者服務機構人員遭受歧視，認為綜合症可能潛伏在他們之中
- 當局沒有為曾在醫院與綜合症患者有接觸的病人提供心理輔導
- 當局應為正從綜合症康復的人士提供較好的康復和跟進服務
- 當局應為綜合症死者的家人提供更多支援
- 當局只向醫護人員致敬，令綜合症患者和死者家人感到被忽略
- 須更致力了解綜合症對社會各界(特別是醫護人員)的心理社交方面的衝擊

引言

16.1 綜合症遺下的影響可能會持續一段很長的時間。最傷痛的，莫過於有家人因這場疫症不幸去世。委員會在此向在這場疫症中失去摯親的市民致以深切的慰問。此外，對患者、其照顧者、家人、朋友，以至眾多參與對抗疫症的人士(不論在前線或在幕後工作)，這場疫症都給他們留下難以磨滅的印象。最終，整個社會也得接受這種可怕的新傳染病所造成的破壞。

綜合症對患者及其家人的衝擊

16.2 香港的綜合症感染個案數字是全球最高之一，因此無可避免有不少市民受到影響。現在疫症已經過去，但切不可忘記不少受疫症影響的市民日後的需要。當局應仔細評估綜合症康復病人的康復情況；如進行醫學上的跟進研究，收集有關綜合症長遠影響的數據；以及探究專注力減弱、疲累和情緒低落等症狀是否持續不退或再次出現。

16.3 綜合症對患者及其家人造成了創傷。他們需要心理、社交以至經濟上的援助。委員會知悉，社會福利署和非政府機構向他們提供一系列的服務，包括醫務社工轉介服務、心理輔導、評估染病幼童及其在生父母的需要、就應付危機過後生活和處理壓力提供建議。此外亦有向綜合症受害者和其家人提供特別援助金。當局應確保有需要支援服務的個案得到跟進。

16.4 綜合症病人和其家人十分需要社會人士的支持。不過，據報由於在追查曾與患者接觸的人士時，暴露了綜合症患者家人或曾接觸綜合症患者人士的身分，以致在工作地方和社區出現歧視的個案。其中一些個案正由平等機會委員會調查。當局應為有關個案的受害人提供支援，並教育公眾，以便爭取社會人士的支持。

恐懼和歧視

綜合症是一種神秘莫測、又具有高度傳染性的致命疾病，十分可怕，令大眾恐懼不安。委員會聽過曾奮力對抗這病的人士(包括病人、醫護人員，或住在疫症爆發社區附近的居民)縷述當時情況，除了感人肺腑的英勇事迹外，也有一些遭人歧視和排斥的經歷，實在令人痛心。

委員會從淘大花園居民口中得悉，疫症期間，縱使他們並沒有受到感染，一些僱主仍然禁止他們上班。他們更舉出一個例子：有些食肆顧客知道一名淘大花園居民坐在附近後，立即要求更換座位。

委員會得悉某些人把“淘大花園”等同於“疫區”，實在難以想像居民當時有多難受。下文引述一名在綜合症病房孤身作戰的醫護人員所說的一番話，正好反映出當時的情況。“我們在那間病房工作的同事似乎都被視為具傳染性的病人。即使已洗手並採取了一切預防措施，但當我們乘搭電梯或前去食堂時，別人仍把我們當作淘大花園的居民看待。同事對我們退避三舍，令我們當時感到非常孤單。”

委員會得知一些綜合症康復者甚至因罹患此症而失去工作，並對此感到難過。部分病人的家屬有時也受到影響。下文引述兩名康復者的說話，他們曾與委員會會晤。

“我現在已沒有工作。由於公司不歡迎綜合症患者，所以我便離職。... .我住在一個非常細小的社區，內子在區內當售貨員。左鄰右里都知道我染病，因而對內子也產生歧視。那段日子很難受。”

“由於對這種疾病所知不多，所以社會上很多人都十分擔心會感染病毒。內子由於須要照顧我而收到公司的警告信，而且更因而被減薪。”

平等機會委員會二零零三年七月二十八日新聞公報摘錄

《綜合症對港人在工作及生活造成的影響》

日期：二零零三年七月二十八日

背景說明

平等機會委員會(平機會)於二零零三年七月與香港中文大學合作進行一項有關綜合症對香港社會造成的影響的意見調查，以分析社會人士的態度及行為，以便平機會日後構思一套方法應付類似的危機，和制定公眾教育策略。

自今年三月底起，平機會收到市民提出超過 520 宗關於綜合症而可能引起歧視的查詢及投訴。由於香港首次面對這樣的公共衛生危機，而社會又對有關病症加上負面標籤，因此若平機會及有關當局對市民的反應及態度有更多瞭解，將會有莫大裨益。**研究結果將有助平機會對控制傳染病的消息發放、公眾教育及宣傳策略作出調整。**

調查結果與平機會在處理市民查詢及投訴所得的經驗吻合。**大多數受訪者強調需要有更多資料以增加對病症的認識，並希望當局能對僱主和僱員作出指引。市民必須掌握充分的資訊、對疾病有更深入的认识，加上僱主實行良好常規，才能作出明智的決定，在日常生活中做出較理性的行為。**

調查亦發現，市民如能掌握較多事實和合理的資訊，有助舒緩不必要的恐懼和擔憂，減少歧視態度。在處理查詢及投訴方面，平機會透過快速回應及和解措施、向求助者提供實際的意見和富彈性的方法，協助解決了大多數個案。由於投訴人與被投訴者雙方都願意迅速解決問題，從而把事件對個別僱員的負面影響減到最低，而不少僱主亦避免了進一步的經濟損失。

平機會已採取初步行動，向僱主發放在不同情況下，如何處理與綜合症有關問題的資料。平機會亦在每月為人力資源經理和非政府組織員工舉辦的培訓課程中，以及為公務員準備的培訓教材中，加入多項近月來不少人面對綜合症引起的問題。對於有關公司有員工受到感染、員工家人染上綜合症、懷孕僱員、有同事住在疫廈，以及員工呈現類似綜合症病徵等問題，都會一一加以研究和討論。

在綜合症肆虐期間，不少僱主都實施良好的管理常規，為機構及其僱員提供解決辦法。僱主這種態度不僅能加強員工的忠誠，同時亦有助減輕對業務帶來的經濟損失。平機會希望收集更多同類成功措施的例子。懇請這些僱主與平機會聯絡，以便與更多人分享他們的經驗並因此受惠。

- ◆ 醫管局應評估綜合症康復者所需的醫療、心理和社區支援，並制定計劃，照顧他們的需要。
- ◆ 社會福利署應評估綜合症患者去世後其家人的需要，並給予適當的跟進支援。
- ◆ 進行研究，評估已康復的綜合症病人、其家屬和接觸過病者的人受歧視的程度和影響，並考慮向受歧視者提供適當的支援。

綜合症對社會各界的衝擊

16.5 綜合症對社會各界的衝擊，通常容易被人忽略，因為疫症一過，大部分人便會鬆一口氣。當局最好就綜合症造成的心理和社交方面的衝擊，傳媒的角色，以及這些因素對市民反應和行為的影響作深入研究，因為這些因素會左右各項社區感染控制措施的成效。

結論和建議

汲取經驗

17.1 委員會已詳細研究過香港疫症的始末，亦聽取了各界人士和機構提出的不少證據。我們看到香港市民在對抗這樣新疾病時，臨危不亂，勇敢面對逆境。委員會藉這機會在報告中以不記名方式陳述個別人士在疫症中作出的貢獻，目的只是舉例說明參與抗疫的眾多人士所付出重大的努力。

17.2 我們亦聽到批評的聲音。為此，委員會仔細檢討了幾個與疫症有關的主要議題，包括廣東省和香港早期出現的事故；初期對社區是否爆發疫症的看法；疫症在威爾斯親王醫院和淘大花園爆發時的處理手法；公營和私營機構的協作；以及綜合症死亡率在香港似乎偏高的情況。在疫情處理上，特別在疫症爆發初期，在醫護體制方面無疑出現了一些缺失，但整體而言香港處理得宜。我們認為在這次處理綜合症的疫情上，沒有人因疏忽職守、未盡全力或行政失當而應受到譴責。我們在討論的過程中，非常小心事後論斷的危險，所以我們在研究每一件事時，都盡力設身處地考慮當時所知及所能夠做到的限度，本報告內文已詳載委員會就上述議題逐一提出的意見。報告的重點是一連串的主題，其中不少是在委員會

聆聽的證據中重覆出現的。這些主題凸顯香港醫療體制的不足和弱點，使香港在面對新出現或新發現的傳染病時特別易受打擊，這些不足之處必須從速填補，務求作出妥善準備，應付日後公共衛生方面可能發生的緊急事故。

防患未然

17.3 香港這場疫症，給我們帶來一些正面的經驗，同時凸顯了不少挑戰，須及早作好準備，防患未然。無論是綜合症再度出現，或是爆發新出現或新發現的疾病，以至其他各類公共衛生緊急事故，在應付這些挑戰時，須注意以下的共通原則－

- ◆ 加強研究及應付流行病的能力
- ◆ 制定及早監測和通報的機制
- ◆ 擬定應變計劃
- ◆ 訂立明確的指揮和控制架構
- ◆ 協調應變措施
- ◆ 具備應變能力
- ◆ 確保溝通具透明度和暢通無阻

17.4 上述各項原則的核心概念，就是靈活應變，即具備靈活應變的能力，使體制內每個層面均能監測、預防和控制各種破壞性的挑戰，並能從中復原過來。先決條件是必須有一個妥善規劃、縝密安排和充分整合的緊急事故管理應變機制。

加強監察和通報系統

17.5 要有效地控制傳染病，需要有良好的監察系統作為基石，否則便無法追查疾病趨勢、識別新疾病的威脅、偵查嚴重的疫症爆發、設計適當的控制措施，或評估措施的成效。

17.6 醫療系統中各個環節，須有高度警覺性。公共衛生方面的緊急事故可能以不同形式出現：有時可能是突發，有時可能潛伏數日數月，及可能涉及傳染病或其他環境問題；新疾病可能出現，舊疾病也可能再出現；所以必須為突如其來的事故作好準備。為此，在醫護人員當中須培養一種文化，無論是負責基層護理或是住院護理，他們的工作也足以影響公共衛生，而即使一個人的疾病亦可能會對整個社會帶來衝擊。

17.7 各類監察系統是公共衛生服務的耳目，實在有迫切性去加強這些系統。綜合症爆發期間，非常成功地建立和運用了“綜合症網上電子資料庫”(e-SARS)和“重大事件調查及災難支援工作系統”(MI IDSS)，

正好顯示當資訊科技配合不凡的人為努力，現有科技可以起的作用，以及在短時間內可取得的成果。相對醫管局在這方面投放的資源，衛生署的資源似乎不足以提供更佳的資訊科技支援，作為改進和發展日後所需完備的系統之用。

17.8 更完善的通報機制亦有助加強監察。監察必須以循環通報方式進行：即接收資料方面必須適時地提供有關的資料回應，以確保雙向運作。目前這個系統有一處重要的不足，就是缺乏全面的化驗所疾病監察機制。當局應致力確保所有化驗所能迅速和定期向衛生署通報所有具公共衛生重要性的化驗結果。最理想的方法，便是設立一套電子通報機制。在法律上規定化驗所在發現傳染病時必須通報，將有助鞏固這個機制。更徹底和長遠的改革方法，便是把所有醫院的微生物化驗所集中在新成立的衛生防護中心內；透過這方式在醫院和社會界面之間，加強監察工作、醫院感染控制和疫症管理。

擬訂綜合應變計劃

17.9 擬訂應變計劃是處理大部分醫護服務和公共衛生緊急事故的基本工作；處理傳染病爆發也是如此。當局應規定衛生署、醫管局，以及各分區辦事處、聯網和醫院制訂和推行事故應變計劃，這個計劃應包括處理大型疫症的安排，當中涉及闡述宣布爆發疫症、成立疫症

控制小組和展開疫症控制工作的程序。當局應清晰說明疫症控制小組的目標，也應清楚訂明小組成員的任務和職責。應培養通報和記錄疫症的文化，以便評估和分享經驗。此外，應變計劃應定期作出測試，並把預防傳染病爆發視為當然部分。

17.10 應變計劃一般包括以下部分 –

- ◆ 計劃的宗旨和目標，以及在保障市民方面的功用
- ◆ 緊急事故發生時的管理架構
- ◆ 清晰界定的任務和職責
- ◆ 確定的程序，以通知和召喚負責機構出動
- ◆ 啟動各級應變機制的安排
- ◆ 匯集和共用資源的安排
- ◆ 機構內部及與其他伙伴機構溝通的安排
- ◆ 向公眾提供消息和與傳媒合作的安排。

17.11 此外，當局也需要制訂適用於特定地點、特定事件或情況的計劃，而制訂計劃時亦應考慮公共衛生事故漸趨國際化的情況。私人機構和其他支援機構及組織亦應制訂類似的計劃和安排。各方應致力確保各項計劃互相配合，並且在必要時，能協調機構之間的應變措施。

訂立明確的指揮和控制架構

17.12 綜合症事件對決策和推行公共衛生控制措施，構成嚴峻考驗。綜合症是一種新疾病，疫症出現初期根本無從掌握要作風險評估所需考慮的各項因素，這些因素要到疫症後期才能確定。尚幸日後發生的疫症，大致上不會再出現這種情況，但這次事件確實凸顯了一件事情的重要性，就是要具備處理疫症的常規安排。預先訂立機制，以便於關鍵時刻決定採取和落實何等控制措施，可減低出錯的可能性。

17.13 要有效地應付公共衛生緊急事故，必須建立明確的統屬關係。為應付綜合症爆發，當局臨時設立了多個機制和組織，由醫院和醫管局層面的委員會，以至衛生福利及食物局轄下的專責小組和政府最高層次的行政長官督導委員會，不一而足。為了準備應付日後可能發生的緊急事故，政府各部門均須保持戒備狀態，並應常設一個機制，作為“緊急事故控制中心”，而這些安排必須分工清晰並正式確立。各項安排應定期測試，以策萬全，並確保負責人員清楚了解指揮架構內每個層面的職能。

17.14 當局有需要制訂指揮架構，以管理在運作、策劃和策略這三個不同層面的應變措施。每個層面的職能大致如下－

- ◆ 運作層面 - 管理前線的決策和行動
- ◆ 策劃層面 - 釐定有關取得和分配資源的優先次序
 - 規劃並協調整體應變措施
- ◆ 策略層面 - 制訂策略目標並建立整體管理架構
 - 確保長遠而言，資源和專才都足夠應用。

17.15 控制措施通常由下而上啟動。一般來說，事故首先會在地區層面發現，正如當初威爾斯親王醫院爆發綜合症一樣；然後會隨着事故所帶來的廣泛影響漸趨明顯而由地區層面逐步升級。因此，指揮和控制安排必須能夠相應配合。

17.16 最後，還需要適當的法規架構，以便採取恰當的公共衛生應變措施。現行的傳染病法律，雖然在應付綜合症時大致令人滿意，但仍然未盡完善，尤其以邊境管制的規定而言。為對付新發現的傳染病所構成的威脅，我們必須採取靈活的應變措施；因此現在應檢討法律，確保配合所需。

制訂綜合應變措施

17.17 一旦發生重大的緊急事故，當局必須協調地區、區域和全港三個層面採取聯合應變措施。所有法定機構、私營機構、學術機構和志願團體的資源必須連結運用。綜合症的爆發暴露了不少問題，尤其是有關公營與私營機構關係的問題，並揭示醫管局與衛生署，以及學術與服務界別的工作融合的困難。

17.18 當局必須檢討醫療體系中不同層面各機構之間的關係，才能解決上述問題。此外，還須闡明這些關係，並在策劃應變措施的過程中加以測試。

17.19 這次綜合症疫情亦帶出許多經驗，說明國際社會合力應付影響全球的公共衛生事故何等重要。換句話說，香港不能單獨策劃，必須與毗鄰的珠江三角洲地區和國際社會全面緊密協作。

提高應變能力

17.20 醫院和公共醫療系統的應變能力不足，顯然是應付疫症的主要問題，尤其是連醫護人員也染病後，情況更加惡劣。疫情亦凸顯了幾方面的不足之處，主要是需要較佳的隔離及感染控制設施、缺乏專門人才（特別是實地流行病學、傳染病及深切治療科等方面），以及在重要範疇欠缺培訓（特別是醫院感染控制）。

17.21 醫管局應盡快撥款改善醫院的設施，特別是增加隔離病房。醫管局亦應制訂詳細計劃，使資源得以靈活運用（包括如何動用臨時或備用設施），以應付出現令醫療系統個別環節無法負荷的事故。人力資源是另一個影響應變能力的關鍵因素，當局應檢討某些臨牀技術和專科不足的問題，並制訂解決方法，包括安排現有人員接受合適的再培訓，或招聘和培訓新的人手。

17.22 要解決公共衛生資源上種種不足之處，最有效的方法就是成立衛生防護中心，通過加強傳染病監察、預防和控制的安排，以及積極推動培訓和研究，針對性地改善傳染病控制的基本設施。培訓更多訓練有素的傳染病病學專家和公共衛生專家尤其重要。為此，醫管局須物色和招聘合適的人選進行培訓，並且在香港成立一個實地流行病學訓練計劃，或與其他地區的同類計劃定出借調安排。

保持透明度和確保溝通無阻

17.23 這場疫症清楚顯示，我們對其認識貧乏的一種新傳染病如何輕易為公眾帶來廣泛的焦慮。有人說市民對於綜合症的恐懼較病毒本身傳播速度更快。另一件令人遺憾的事情，就是出現了不必要的歧視情況。主管當局要應付這些問題，必須取得公眾信任，發布清晰真實的資料和令人放心的信息。若隱瞞或只披露部分資料，會益發令市民

感到驚恐。世衛曾讚揚香港當局，即使知悉可能會對經濟造成重大影響，仍然願意以高透明度向公眾匯報。

17.24 在面對嚴峻的危機時，向公眾傳達危機訊息殊非易事；不過，當局可以從多方面作出改善並為日後非常事故作好準備，在社會中建立一定程度的信任，十分重要。為此，須確保具備適當的專門技術和資歷的專業人士獲得適當培訓，與傳媒合作；並要與傳媒建立長期的伙伴關係及參考他們就制訂緊急應變行動所提供的意見；同時當局亦應推行持續的公眾教育計劃，教導市民有關公共衛生的知識。

控制傳染病爆發相關的衛生醫護體制組織架構

1. 政府應檢討衛生福利及食物局與該局轄下在衛生、社會福利和食物範疇有關政府部門之間的組織架構和相互關係。當局應考慮合併該局及轄下不同部門的職能，由衛生福利及食物局局長領導，藉此改善這些部門在衛生防護事宜上的協調能力，並加快政策制訂和推展衛生防護工作。(見第 6.4 段)

2. 政府應設立衛生防護中心，中心在預防和控制傳染病的範疇內，必須擁有職、權和責。隨着日後工作擴展，中心亦須就各類的衛生防護事務，包括食物安全、動物疾病、非傳染性疾病及其風險因素等問題提供意見。中心同時須與有關的主要國際組織保持緊密的工作關係。(見第 7.15 段)

3. 由局長領導的衛生福利及食物局，應考慮須作出什麼改變，務求確保設立所需的體制。以協調衛生署、醫管局和私營機構的工作和職責。(見第 6.4 段)

4. 醫管局剛接辦了先前由衛生署提供的部分基層護理服務。有鑑於此，有關方面應考慮更改醫管局的名稱，例如易名為醫護服務管理局，以反映該局擴大了的職責範圍。(見第 6.13 段)

衛生防護機制

5. 衛生防護中心應充分了解整個醫護體制的功能和所需的專門人才，並就此進行例行疾病監察、擬訂應變措施，以及提供培訓。(見第 7.14 段)

6. 衛生防護中心應確保傳染病控制系統周全妥善，並具備適當的法定權力推行以下的工作：監察系統、分析功能、調查功能、培訓和應用研究功能、應變能力、健康教育及評估。(見第 7.15 段)

7. 政府應確保具備控制大型疫症的計劃，當中包括應付各種可能出現情況的方案，並因應需要進行模擬演習。這項控制計劃應涵蓋不同界別，包括醫院、區域和聯網層面、私人機構和志願團體、商界以至全港性的機構。應變計劃須具備下列要素(見第 8.6 段) -

- (a) 制定分別適用於一般情況、特定地點和特定事件的計劃，並顧及國際的層面
- (b) 採納以人口為本作考慮的基準
- (c) 整合的指揮管理架構
- (d) 可彈性調動合適專門人才的疾病控制小組
- (e) 資訊的流程、追查曾與患者接觸的人士、病人的安排和員工培訓

(f)就研究項目訂立緩急次序的機制。

8. 當局應檢討現行法例是否提供足夠的機制，使公營部門和私營機構在應付傳染病的威脅時能目標一致合作協調。(見第 7.17 段)

珠江三角洲地區之內以及與國際社會的協作

9. 須在珠江三角洲地區，建立定期匯報數據的制度，並在疾病監察上建立緊密的協作關係。(見第 9.4 段)

10. 須加強香港與廣東省內珠江三角洲地區之間的網絡連繫，並促進兩地專業人士、學術界、醫院和技術人員的交流。(見第 9.4 段)

11. 須與具控制疫症經驗和能力的機構和人士(例如世衛、美國疾病控制及預防中心、英國衛生保護署)建立連繫，以維繫一支專家隊伍，以制訂應變計劃。一旦爆發疫症，可向他們尋求協助。當局現應邀請他們參與制訂應變計劃的工作，從而讓他們明瞭香港的制度。(見第 9.7 段)

香港的內部協調

12. 衛生署和醫管局、私營機構、大學和基層護理機構之間的工作關係須予以改善。尤其是(見第 8.11 段) -

(a) 臨牀感染控制和流行病學專家應以衛生署僱員的身分，借調到醫管局，駐於每間主要醫院作為其中成員。這些專家負責醫院感染控制、搜集及匯報資料，以及與醫管局和衛生署內的同事保持定期連繫

(b) 應鼓勵員工因應需要輪流到不同機構服務，包括衛生署、醫管局和大學等

(c) 應以人口為本，集結資源(包括人手和撥款)，以應付日後爆發的疫症

(d) 應重新審視醫院聯網和衛生署分區辦事處的地域分界，以便他們在地區層面的職責能夠互相接軌。

13. 應通過下列措施，加強私營機構參與監察疾病的工作(見第 8.13 段) -

(a) 把“到診醫生”定為常設計劃，為安老院的長者提供支援和照顧，並協助監察疾病

(b) 讓家庭醫學醫生和傳統中醫參與定點監察工作

(c) 研究建立一套網上系統，供私家醫生以電子方式通報資料，以及定期向他們發布從疾病監察所得的最新資料。

14. 政府、醫管局和大學的化驗所應分享資料，供臨牀、流行病學和研究之用(見第 10.4 段) -

- (a) 就訂立一套化驗所協作安排展開討論，並盡可能達成協議
- (b) 着手進行操作程序應變計劃，包括訂立安全措施，防止化驗所員工互相感染，以及與外地化驗所商討支援安排。
- (b) 公共衛生：化驗所處理量、流行病學、監察和傳染病控制、追查曾與患者接觸的人士，以及檢疫和隔離中心
- (c) 物資：藥品、疫苗、個人防護裝備等。

15. 臨牀醫學界應在另一次疫症爆發前，就隨機控制試驗、治療方式和分享資料展開討論，並盡可能達成協議。討論內容應包括處理疫症的各項環節，如臨牀治療，員工和病人的保障(包括個人防護裝備)。討論亦應涵蓋各界別的公共衛生研究。(見第 12.9 段)

17. 與私家醫生商討他們在疫症爆發時可參與的工作，包括私營醫療機構提供的後援服務、這些機構所需的支援服務，以及其角色和責任。(見第 11.11 段)

18. 徵用志願團體、醫療輔助隊和民眾安全服務隊與及非政府機構的服務，以便在爆發疫症時提供支援。(見第 11.11 段)

處理疫症(包括應變能力)

16. 當局應檢討處理疫症的應變能力，亦須按適當情況加強下列各方面的準備工作(見第 11.7 至 11.8 段) –

- (a) 醫院：為深切治療部病牀安排足夠的人手，包括在適當情況下提供深切治療呼吸系統疾病的專門設備；醫院通風、隔離設施，包括在適合地點關設負壓室。考慮應否在每個聯網指定一間急症醫院作初步接收綜合症患者和其他傳染病患者之用。該醫院須配備足夠的深切治療設施，包括可取得有關深切治療呼吸系統疾病的專科意見。每個聯網須為其網內的療養病房或其他設施作出適當安排

19. 處理疫症爆發或疫情的指揮和控制架構須清晰明確，同時應考慮成立一個由衛生福利及食物局局長擔任主席的指揮小組，成員人數無需太多，可包括衛生福利及食物局常任秘書長、衛生署署長、衛生防護中心主管和醫管局行政總裁。小組應負責作出所有主要決定，例如引用公共衛生法例、關閉醫院，以及隔離住宅區域。此外，應在重大事故工作計劃中，預先訂明疫症爆發期間在那一層面由誰人作出何等決定。各方須充分了解和嚴格依從衛生署／衛生防護中心在流行病學管理方面的一切權力和責任，包括進行監察和追查與患者有接觸的人士。(見第 6.8 段)

20. 須為在醫院和社區受感染的人及他們接觸過的人，制訂清晰

的隔離和檢疫期限政策。(見第 8.6 段)

21. 由於處理疫症工作的要員本身也可能染病，因此須作出安排，以便在主要人員無法履行職責時，受過相關訓練的副手可以接替工作。(見第 8.6 段)

22. 醫管局須清楚界定在處理疫症或疫症爆發期間，醫管局大會的角色，以及個別醫院理事會的角色；同時亦應考慮借助醫管局大會成員的經驗和技巧與員工、病人和市民溝通。(見第 6.13 段)

信息傳遞

23. 由衛生署／衛生防護中心全權負責在傳染病爆發前制訂一套信息傳遞策略。(見第 14.5 段)

24. 疫症期間，當局須把疫情告知市民大眾。因此，必須列明如何有效和定期向市民發放信息的程序，並且隨時備用，而各有關人員亦須清楚明白。(見第 14.5 段)

25. 衛生署／衛生防護中心應負責統籌和落實信息傳遞策略。有關策略必須能配合預期目的、信息內容，以及媒體和受眾的需要，同時應採用多元化的溝通模式。(見第 14.5 段)

26. 衛生署／衛生防護中心須確保有關人員獲得充分的培訓，包括接受特別訓練，認識如何最妥善

傳遞有關風險和不明朗的信息。當局亦應考慮委託外界顧問提供協助。(見第 14.5 段)

27. 醫管局應制訂與傳媒溝通的策略，包括如何與衛生署相互協調，詳細界定醫管局總辦事處與各醫院之間的責任，並應考慮工作的緩急次序，以及醫管局總辦事處和各醫院分別可獲得的資料。(見第 14.5 段)

28. 醫管局應制定與員工溝通的策略，包括面對面的直接溝通，並避免過分依賴在內聯網發放資料，以免令部分員工可能無法得悉有關消息。(見第 14.9 段)

29. 醫管局應利用資訊／視像科技，讓病人在隔離期間仍可與家人保持聯絡。(見第 14.9 段)

30. 政府應通過定期接觸、提供有關傳染病的培訓及其他方式，與傳媒發展伙伴關係。(見第 14.5 段)

監察、資訊和數據管理

31. 提升數據管理系統(包括綜合症網上電子資料庫(e-SARS)、重大事件調查及災難支援工作系統(MIIDSS)，以及中央個案及接觸資訊系統(SARS-CCIS)成為基本設施的常設系統，以支援控制傳染病的工作。(見第 10.13 段)

32. 數據管理系統經提升後應予擴大，與其他界別連結，包括私

營醫療機構和社區診所。(見第 10.13 段)

33. 衛生署應制訂和公布明確並平衡公眾和個人利益的保護私隱資料政策。(見第 10.13 段)

臨牀診治

34. 醫管局應根據本地和海外所得的最佳化驗和臨牀證據定期更新綜合症的治療指引。(見第 12.9 段)

研究和培訓

35. 政府和醫管局應與大學和研究資助機構合作，確保會有適當重點放在公共衛生方面的研究；為應付日後爆發綜合症而須急切推行的研究應獲得優先撥款。(見第 13.6 段)

36. 應就下列各方面進一步研究：(見第 13.6 段)

- (a) 改善診斷技術
- (b) 綜合症臨牀管理，包括治療學和傳統中醫藥的作用
- (c) 綜合症的傳播風險
- (d) 應付綜合症的最適當的醫院感染控制措施
- (e) 在劃定的人口和社羣中，調查綜合症的血清現患率
- (f) 綜合症社區感染控制措施的成本及臨牀效益

(g) 綜合症的長遠影響。

37. 積極鼓勵在珠江三角洲地區內進行跨境研究，並善用國際研究機構樂意與香港的研究人員合作的這個優勢。(見第 13.6 段)

38. 政府應在公共衛生訓練方面制訂政策大綱，並確保向這項工作優先調撥資源。(見第 13.10 段)

39. 政府、醫管局、大學、培訓機構和私營醫療機構的僱主須確保所有醫護人員都在控制感染方面獲得基本和持續訓練，並且具備流行病學的基本常識及明白公共衛生原則。(見第 13.10 段)

40. 衛生署、醫管局和大學應聯合聘請學術研究和臨牀的公共衛生人員，這些人員應從事跨衛生和醫護體系的工作。(見第 13.6 段)

連繫社會各界共同參與

41. 應制訂以人口為本的綱領，以備疫症爆發時(見第 15.19 段) –

- (a) 協調有關界別(醫院、公共衛生和社會服務)所提供的服務，並額外留意特別需要照顧的人
- (b) 盡量發揮護士和其他醫護專業人士所長，讓他們照顧特別需要照顧的羣體(兒童、長者和長期病患者)，以及作出定點疾病監察

- (c) 推動私人執業醫生參與提供服務
- (d) 推動志願團體、其他組織(例如醫療輔助隊和民眾安全服務隊)和非政府機構參與工作，向受綜合症影響的人和長期病患者提供護理照顧
- (e) 連繫社會各界共同參與健康推廣活動和健康運動。

42. 同時，應考慮由政府和社会各界共同集資，成立一個向市民提供濟急援助的應急基金。(見第15.19段)

職業健康

43. 醫管局須檢討本身的職業健康服務，並提供一套全面的職業健康服務，由受過專業訓練的職業健康人員主管，以照顧醫護人員的身心健康，並推動醫護人員注重工作安全。(見第12.28段)

疫症過後的社會環境及遺下的影響

44. 醫管局應評估綜合症康復者的醫療和心理需要，並制訂計劃照顧他們這些方面的需要。(見第16.4段)

45. 社會福利署應評估綜合症患者去世後其家人的需要，並且予以跟進，提供適當的支援。(見第16.4段)

46. 應進行調查，評估綜合症康復者、其家人和曾與其接觸的人遭受歧視的程度和影響，並考慮對遭受歧視者提供適當支援。(見第16.4段)

鳴謝

委員會謹此向曾協助檢討工作的所有人士致謝，特別是以書面方式提出意見或與委員會會面的人士，包括前線醫護人員、淘大花園居民、綜合症康復者、長期病患者組織、安老院營辦商、傳媒代表、專業人士組織、醫護界組織、專家及學者、私家醫生、立法會議員、醫院及公共衛生當局、決策人士、政府部門首長等。

我們亦感謝以下政府部門襄助：公務員事務局屬下的法定語文事務部協助翻譯多份意見書及本報告書；政府新聞處協助報告書的設計及提供相片；效率促進組在版面設計方面給予技術支援；政府物流服務署屬下印務科在緊迫的時間內迅速印製報告書，與及律政司在整個檢討過程中給予法律意見。

委員會藉此機會感謝其中一位委員伊文思醫生協助草擬報告書。我們亦多謝委員會秘書處的陸仿真先生及其他人員提供協助，特別是協助各類議題的研究工作、安排會見各有關團體和人士、蒐集和整理收到的意見，以及提供支援服務。他們又為散居全球各地的委員處理撰寫報告所需的繁複後勤支援工作，快捷周到，謹致謝忱。

我們要特別鳴謝委員會秘書聶德權先生和羅思偉醫生。聶先生辦事快捷，竭誠為委員會服務；而委員會則對羅醫生豐富的專業知識，多所借助。

詞彙表

95% 置信區間	<i>95% confidence interval</i>	這是指被估的數值有 95% 的機率會在這個計算的區間或範圍之內。
腺病毒	<i>Adenovirus</i>	病毒的一種，能夠引起上呼吸道感染和結膜炎。
成人呼吸窘迫綜合症	<i>Adult respiratory distress syndrome</i>	成人的急性呼吸窘迫，病徵是嚴重氣喘、呼吸率上升、對氧氣治療有頑固性的發紺、喪失肺的彈回性和在胸部 X 光呈現彌散肺泡積水。
氣霧傳播	<i>Aerosol transmission</i>	微生物透過氣霧散佈，經由合適的入口，通常是呼吸道系統，入侵人體。微粒(大小在 1 至 5 μ g 範圍)在空氣中懸浮，可以停留在空氣一段長時間。
病原體	<i>Aetiological agent</i>	引發疾病的物體。
病因	<i>Aetiology</i>	疾病的成因或源頭。
傳入的	<i>Afferent</i>	向中心傳入的。
按年齡發病率	<i>Age-specific incidence rate</i>	在訂明的人口及時間，新疾病個案按年齡的發生率。
空氣傳染	<i>Air-borne infection</i>	吸入懸浮在空氣中的微生物及孢子而感染傳染病。
關節痛	<i>Arthralgia</i>	關節痛楚。

詞彙表

輔助呼吸	<i>Assisted ventilation</i>	將空氣輸入氣管／肺部及容許空氣從肺部排出以幫助呼吸的方法。空氣可含豐富的氧氣，並由機器或手動機器提供，如將管道插入氣管或氧氣面罩。
無病徵的	<i>Asymptomatic</i>	沒有病徵，不呈現或不引起病徵的。
非典型肺炎	<i>Atypical pneumonia</i>	沒有典型肺炎病徵的肺炎，可由不同的病毒和細菌引起。
無典型表徵	<i>Atypical presentation</i>	病徵與一般或典型的症狀不同。
自體免疫疾病	<i>Autoimmune disease</i>	這種疾病是由病人的免疫系統攻擊自己的細胞、組織和器官而起。
屍體剖驗	<i>Autopsy</i>	檢驗屍體的程序，包括切開內臟及組織，以確認死因或病理變化。
基本復現數目	<i>Basic viral reproductive number</i>	在完全沒有免疫力的人群中，一個受感染的人可能感染曾經和他／她有接觸的人的平均數目。
雙側的浸潤	<i>Bilateral infiltration</i>	雙側的肺組織有彌散或積聚的發炎滲出液。
血液傳染	<i>Blood-borne infection</i>	血液或其他體液內的病原體，透過黏膜、受損的皮膚，或注射等腸胃以外途徑傳染。
心肺外科醫生	<i>Cardiothoracic surgeons</i>	曾接受過心臟、肺、食道和其他胸腔外科手術專業訓練的醫生。

詞彙表

病例对照研究	<i>Case control study</i>	一種觀察分析的研究。對象是根據有病(“病例”)或無病(“對照”)分為兩組，然後比較兩組的特點，例如是否有某些引致疾病的因素。
個案死亡率	<i>Case fatality rate</i>	在訂明的時間內，死亡個案和患病個案的比例。
肺炎衣原體	<i>Chlamydia pneumoniae</i>	一種能引起急性呼吸道感染的細菌，尤其是非典型肺炎。
非緊急入院	<i>Clinical admissions</i>	安排預先入住醫院去治理非緊急的病。
臨牀微生物學家	<i>Clinical microbiologists</i>	臨牀微生物學家進行化驗，提供醫生所需要的資訊以診斷、治療及預防傳染病。
臨牀試驗	<i>Clinical trials</i>	為減低隨機錯誤及偏差，以準確地評估治療效用而設的一種以人為研究對象的實驗。
集中護理病人	<i>Cohorting of patients</i>	這是指感染者共用房間及獲安排合適的室友。感染同一種微生物的病人，通常能共用同一病房。
傳染病	<i>Communicable disease</i>	一種由某傳染物體或其產生有害物質傳播的疾病。它能直接地或間接地透過植物或動物、傳播媒介，或無生命的環境，從感染者、動物、或宿主傳播到缺乏免疫力的寄主。
社區型肺炎	<i>Community acquired pneumonia</i>	在社區感染的肺炎，即病人在住醫院期間未有亦未潛伏的肺炎。

詞彙表

同時患有其他疾病	<i>Co-morbidities</i>	列為第二診斷的共存疾病或健康毛病(不是首要診斷，或主要入院的原因)。它們大多是在住院之前已有的疾病，亦不是直接和首要診斷有關。
追查曾與綜合症患者接觸的人士	<i>Contact tracing</i>	確認曾與綜合症患者接觸過的人士，並執行控制措施。
曾與綜合症患者接觸的人士	<i>Contacts</i>	曾與綜合症患者接觸而沒有病徵的人士。
冠狀病毒	<i>Coronavirus</i>	一組能引起人類呼吸道感染和形態相似的核糖核酸病毒。它們被稱為冠狀病毒是因為在電子顯微鏡下與冠狀相似。
皮質類固醇	<i>Corticosteroids</i>	由垂體釋出的促腎上腺皮質激素，使腎上腺產生的類固醇(不包括腎上腺分泌的性激素)或其同等的合成類固醇。
潛伏	<i>Cryptic</i>	隱藏、隱蔽。
病房單間	<i>Cubicle</i>	大區域中的小區，如宿舍或病房用隔板分成若干小間，與其他空間隔開。
細胞活素	<i>Cytokines</i>	令周圍免疫系統細胞活躍、生長或死亡的一種蛋白質。
疾病監察	<i>Disease surveillance</i>	對有關某疾病發生及傳播的所有方面進行不斷的徹底審閱，以有效控制傳播。
消毒劑	<i>Disinfectants</i>	用以消毒的物質，尤指用於無生命物件的消毒物質。

詞彙表

消毒	<i>Disinfection</i>	用化學物或物理方法殺死在人體以外的傳染物。
殺滅疾病媒介	<i>Disinfestated</i>	消滅或去除在人體、家畜，衣物上或環境中的昆蟲或嚙齒類動物等疾病媒介。
傳出的	<i>Efferent</i>	由中心傳出的。
與腸道有關的	<i>Enteric</i>	與腸道有關或影響腸道的。
去除環境污染	<i>Environmental decontamination</i>	令儀器表面或環境可安全使用的過程或處理方法。可以包括用水或清潔劑簡單地清洗或徹底地消毒。消毒和殺菌是處理細菌污染的兩個途徑。
疫症	<i>Epidemic</i>	在指定社區、區域及時期內突然發生的若干病例，以及與健康有關的行為或事項，其發生率顯然高於通常預期數目。
流行病曲線圖	<i>Epidemic curve</i>	以個案發病時間繪出的分佈圖表。
流行病學研究	<i>Epidemiological study</i>	一種科學研究，目的是提供有關引致或預防疾病因素的實証。這類科學研究人員不會將上述因素加於研究對象上。
流行病學	<i>Epidemiology</i>	研究在特定群體中決定疾病或有關健康事項分佈的因素，並應用於控制疾病方面。
傳病媒介	<i>Fomites</i>	帶有能傳播感染及疾病的無生命物體。

詞彙表

腸胃病徵	<i>Gastrointestinal symptoms</i>	與腸胃有關的病徵。
基因排列	<i>Genome sequencing</i>	決定脫氧核糖核酸、核糖核酸次序的過程。
老人科病房	<i>Geriatric ward</i>	醫院中照顧長者的病房。
血液透析	<i>Haemodialysis</i>	用透析器(人工腎)過濾病人的血液，以代替腎衰竭病人的腎功能。
醫院型感染	<i>Hospital acquired infection</i>	在醫院感染的傳染病，即病人在入院前未有亦未潛伏的感染。
皮質醇	<i>Hydrocortisone</i>	一種用以醫治發炎或過敏的藥物。
免疫過動期	<i>Immune hyperactive phase</i>	病疾發展的一個時期。在這時期，身體的免疫反應殺死病毒，但同時破壞本身的組織。
免疫調節	<i>Immune modulating</i>	將免疫反應調節到理想水平，包括免疫強化、免疫抑制或刺激免疫耐受性。
免疫減弱的病人	<i>Immuno-compromised patients</i>	因攝入免疫抑制藥物、輻射、營養不良或疾病(如腫瘤)。而免疫力降低的病人。
潛伏期	<i>Incubation period</i>	由傳染物入侵至首個病徵出現的一段時間。
傳染性	<i>Infectivity</i>	與傳染物入侵人體，在人體中生存及繁殖能力有關的特徵。

詞彙表

插管	<i>Intubated</i>	插入呼吸道喉管以協助呼吸。
隔離	<i>Isolation</i>	將感染病人與其他人分隔，以及限制受感染病人的行動，以預防或限制疾病傳播。
乳酸脱氫酶	<i>Lactate dehydrogenase</i>	存於肝、腎、骨骼肌及心肌。上述器官或組織受損時，血液中的乳酸脱氫酶水平會上升。
<刺針>	<i>Lancet</i>	一本國際醫學雜誌。
肺活組織檢查	<i>Lung biopsy</i>	在肺部割去一小片組織用作腫瘤、感染或其他肺病的檢查。
淋巴細胞數量	<i>Lymphocyte count</i>	淋巴細胞(一種白血球)在血液中的數量。
淋巴細胞減少	<i>Lymphopenia</i>	淋巴細胞在血液中的比例下降。
巨噬細胞	<i>Macrophages</i>	在血管和疏鬆結締組織的一種細胞，功能為吞噬微生物或來自身體以外的物質。
不適	<i>Malaise</i>	一種不舒服的感覺或疲倦。
微生物學	<i>Microbiology</i>	研究微生物如細菌、霉菌、病毒及原蟲等的科學。
分子學研究	<i>Molecular studies</i>	研究在細胞中的生物化學及分子過程，尤指基因分裂、轉錄及轉譯。
肌肉疼痛	<i>Myalgia</i>	肌肉痛楚。
咽喉抽取液	<i>Nasopharyngeal aspirate</i>	在鼻咽插入小管，以輕微吸力抽取的鼻咽分泌物。

詞彙表

噴霧器	<i>Nebuliser</i>	將液體形成霧狀微滴的儀器，通常用於治療呼吸道毛病。
屍體解剖	<i>Necroscopic</i>	死亡後解剖身體的檢查。
中性白細胞計數	<i>Neutrophil counts</i>	中性白細胞(一種白血球)在血液中的數量。
無痰乾咳	<i>Non-productive cough</i>	無痰的咳嗽。
經口腔和排泄物傳染	<i>Oral-faecal transmission</i>	一種病原體的傳播途徑，指病原體由口進入身體並在糞便中排出。
爆發疫症	<i>Outbreak</i>	某區域(如鄉村、市鎮或某個機構)的疾病個案上升或流行。
發病機理	<i>Pathogenesis</i>	疾病及疾病狀態發生機理，尤指疾病發展過程中出現的細胞變化和反應，以及其他病理機制。
個人防護裝備	<i>Personal protection equipment</i>	保護醫護人員在醫療機構內免受微生物感染的裝備。
鼠疫	<i>Plague</i>	由鼠疫杆菌引起的一種急性熱病，這病基本是由受感染的嚙齒動物經蚤叮咬或人與人接觸傳播。
前兆	<i>Prodrome</i>	預示疾病發作的病徵。
預測病情因素	<i>Prognostic factors</i>	與疾病發展及結果有關的因素。
鸚鵡熱	<i>Psittacosis</i>	由鸚鵡熱衣原體引起的疾病。此病起初見於鸚鵡：當人感染後可能出現肺炎，並有發熱、咳嗽及脾大的病狀。

詞彙表

公共衛生	<i>Public health</i>	透過有組織的社會力量以預防疾病，延長生命及促進健康的科學及藝術。
概率值	<i>p-value</i>	在研究中觀察到的分別屬偶然發生的或然率。
隨機控制試驗	<i>Randomised controlled trial design</i>	將研究對象隨機分配為接受或不接受治療的流行病學實驗。此類研究設計一般被譽為最嚴格的醫學科研方法。
近期本地傳播	<i>Recent local transmission</i>	在過往 20 天內，接到有關方面通報一個或以上的嚴重急性呼吸系統綜合症的可能個案，而該個案很可能在本地的任何環境下感染。
呼吸道飛沫	<i>Respiratory droplets</i>	從咳嗽、打噴嚏或交談時產生的微細飛沫，能把病菌傳播給其他人，並一般會在少於 3 呎範圍的短距離內停留。
利巴韋林	<i>Ribavirin</i>	一種對多種病毒有效的抗病毒藥物。
立克次體屬	<i>Rickettsia</i>	一種立克次氏體科內的微生物，它們會隨跳蚤、蝨及蜱傳播，可引致斑疹傷寒。
氧飽和度	<i>SaO₂</i>	血紅蛋白結合氧的程度，即將實際含氧量除最大氧容量，用百分比表達。
嚴重急性呼吸系統綜合症	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i>	由嚴重呼吸系統綜合症冠狀病毒引起的病毒性呼吸道疾病。

詞彙表

標準化死亡比	<i>Standardised mortality ratio</i>	研究組別的實際死亡人數與預期死亡人數(指研究組別若與標準組別的死亡率相同時的死亡人數)的比例，通常該比例以 100 倍表達。
類固醇	<i>Steroids</i>	一組調節免疫反應的藥物。
分流	<i>Triage</i>	一種將急症病人按需要分類，並安排合適治療地方和優先次序的方法。
普及性預防措施	<i>Universal precautions</i>	當醫護人員預料可能會從病人感染傳染病時所需要採取的預防程序。
U 型聚水器	<i>U-trap</i>	一種用來防治臭氣、昆蟲、糞便污水倒流的水渠設計，該水渠設計必須注入水才能發揮上述功用。
病毒數量	<i>Viral load</i>	樣本內的病毒數目。
病毒	<i>Virus</i>	一種微小傳染物，除某些例外情況下，在光學顯微鏡下不能分辨。它是由核酸(脫氧核糖核酸或核糖核酸)和蛋白質外殼組成，其特性為缺乏獨立的新陳代謝及僅在活宿主細胞內有複製能力。

病人互助組織聯盟

香港中醫藥業界抗炎行動小組

香港私人執業專科醫生協會有限公司

Brevis Corporation

聯合開利(上海)空調有限公司

Mr Gordon CHEN

香港中醫研究院

醫院管理局香港西聯網藥劑藥物主管崔俊明先生

香港中文大學醫學院院長鍾尚志教授

鍾穎蓀女士

社區及院舍照顧員總工會

香港醫學會副會長馮宜亮醫生

方正亮君

香港私營安老院協會

香港中國醫學會

香港政府華員會暨護士分會、登記護士分會、香港護士總工會

香港兒科醫學院

香港兒童權利委員會

香港社會服務聯會

香港西醫工會

香港中醫研究院

南區區議員黃震遐醫生、黃琮芳女士聯合辦事處

香港中文大學矯形外科及創傷學系熊良檢教授

高銘旋君

關文波君

林浩雲君

香港工程師學會抗炎專責小組劉正光博士

家庭醫學教授及專家李大拔教授

李潮堅君

李文華君

梁虹光君

香港浸會大學中醫藥學院院長劉良教授

呂明華議員

麥國樑先生

麥國風議員

香港大學亞洲研究中心榮譽院士 Mr William MEACHAM

Dr Alan MILLER

Ms Helen MORRIS

新世紀論壇

新順國際有限公司吳錦祥醫生

Quantum Ltd.

香港浸會大學中醫藥學院

賽生藥品股份國際有限公司

尚德區街坊互助社

香港社區組織協會病人權益協會

明報高級記者談誦言女士

香港醫學會會董謝鴻興醫生

謝偉賢君

Ultimate Air Filtration and Sanitisation System

Re.: UVGI Systems Nightingale™ Unit

Urban Watch

威爾斯親王醫院內科及藥物治療學系臨床助理教授胡志遠醫生

東區尤德夫人那打素醫院內科部主管任燕珍醫生

楊呈希君

嚴金鐘先生

余氏跌打傷科診療院

Mr George YU

(一) 曾經會晤的人士／團體

約 140 名醫院管理局的醫護人員

學術界

香港中文大學

鍾尚志教授	醫學院院長
沈祖堯教授	醫學院內科及藥物治療學系部門主管及教授
劉明珠教授	醫學院社區及家庭醫學系教授
盧煜明教授	醫學院化學病理學系教授
談兆麟教授	醫學院微生物學系教授
黃子惠教授	醫學院社區及家庭醫學系教授

香港大學

林大慶教授	醫學院社會醫學系系主任及講座教授
袁國勇教授	醫學院微生物學系系主任
賀達理教授	醫學院社會醫學系講座教授

其他

吳錦祥醫生	"在淘大花園爆發的綜合症中，動物會否是傳播的媒介體"一文〈譯名〉的作者
-------	-------------------------------------

淘大花園業主委員會聯會

葉興國先生	淘大花園業主委員會聯會主席
蘇祖燊先生	淘大花園第三期業主委員會主席
蘇偉強先生	淘大花園第一期業主委員會主席
陳炎銘先生	淘大花園第一期業主委員會副主席
鄭大裕先生	淘大花園第三期業主委員會副主席
崔榮保先生	淘大花園第二期業主委員會副主席

政府決策局／部門和法定組織

衛生署

衛生福利及食物局

醫院管理局管理層

醫院管理局大會

社會福利署

醫護界團體

香港牙科醫學院

謝紹光醫生（名譽秘書）

容清華醫生（院務委員）

香港政府華員會註冊護士分會

呂興培先生（主席）

香港醫學專科學院

劉明珠教授（當然委員）

香港危重病學護士協會

黃綺馨女士（主席）

黃轉好女士

香港政府華員會

蘇肖娟女士（主席）

香港護理學院

曾秀梅博士（主席）

香港牙醫學會

梁訓成醫生（副主席）

香港西醫工會

楊超發醫生（會長）

陳培光醫生（會董委員）

香港醫學會

勞永樂醫生（主席）

馮宜亮醫生（副主席）

謝鴻興醫生（會董）

香港護士總工會

陳廣養先生（會長）

香港兒科護士學會

陸秀娟女士

香港私家醫院聯會

方津生醫生（會員）

鄺國熙醫生（會員）

李繼堯醫生（會員）

香港公共醫療醫生協會

黃德祥醫生（會長）

余達明醫生（副會長）

香港物理治療學會

文趙康先生（副主席）

香港放射技師協會

陳鴻達先生（主席）

香港放射學技師會

黃栢良先生（主席）

香港護理教育學會

湯德輝先生（執行委員會會員）

香港藥學會

梁佳樂先生（副主席）

公共屋邨執業西醫協會

蔡堅醫生（主席）

李深和醫生（會董）

香港執業藥劑師協會

鍾永明先生（會長）

陳劉湛明女士（委員會委員）

香港浸會大學中醫藥學院

李致重教授（訪問學者）

李敏博士（助理教授）

香港醫院藥劑師學會

吳劍華先生（會長）

蔣秀珠女士（委員會委員）

立法會

何秀蘭議員

何鍾泰議員, JP

李華明議員, JP

呂明華議員, JP

梁劉柔芬議員, SBS, JP

鄭家富議員

羅致光議員, JP

李鳳英議員, JP

麥國風議員

勞永樂議員, JP

傳媒代表

香港新聞工作者聯會

阮紀宏先生（委員）

彭少良先生

香港記者協會

張炳玲女士（主席）

梁洵瑜女士

林穎茵女士

李慧雯女士

香港新聞行政人員協會

陳淑薇女士（主席）

劉志權先生（秘書）

病人組織和曾感染綜合症的康復者

病人互助組織聯盟

陳萃菁女士（主席）

陳永佳先生

楊光輝先生

癌協綜合服務中心

李素薇女士

關心您的心心臟病友互助組織

周敏玉女士（主席）

新健社

湯保歸先生（主席）

健群社

周尚善女士

香港社區組織協會病人權益協會

彭鴻昌先生（幹事）

腎友互助協會

許麗華女士（會長）

再生會

鍾惠玲博士

曾感染綜合症的醫管局員工

其他曾感染綜合症的康復者

安老院營辦者

靈實護養院

林育貞女士（院長）

伸手助人協會

孔繁偉先生（總幹事）

曉光護老中心有限公司

謝偉鴻先生（經理）

香港中國婦女會黃陳淑英紀念護理安老院

黃耀明女士（院長）

樂善堂朱定昌頤養院

謝育恩女士（院長）

卓健耆安有限公司

黃麗屏女士（總經理及董事）

驕陽護老院有限公司

王露貽女士

瑞安護老中心有限公司

易蔚恆女士（院長）

崇德安老院

巫納新先生

香港私營安老院協會

翁蓮芬女士（主席）

東華三院

楊黃錦惠女士（協調主任（安老院 II））

(二) 曾經實地視察的地方

淘大花園和牛頭角下邨

一月

2003年1月23日(星期四)

- ◆ 中國廣東省衛生當局就省內出現的非典型肺炎個案，完成了調查報告。

[註：該調查報告在中國內地只作有限度傳閱。
香港有關當局及世衛並未有收到這份報告。]

二月

- 2003年2月10日(星期一)
- ◆ 本地傳媒開始報道廣東省爆發非典型肺炎。
 - ◆ 衛生署嘗試聯絡廣州市衛生防疫站及廣東省衛生廳廳長。以傳真方式致函廣州和廣東省有關官員，查詢據報發生的疫症事件。跟進的電話沒有得到回覆。其後向北京衛生部國際合作司司長尋求協助。
- 2003年2月11日(星期二)
- ◆ 衛生署聯絡北京衛生部查詢有關廣東省的情況。廣州市衛生局舉行記者招待會，告知公眾廣東省爆發非典型肺炎的情況已受到控制。另外，衛生署致電醫管局、私家醫院和參與定點監察計劃的醫生，查詢類似流行性感冒的疾病或肺炎是否有不尋常模式。當時未有任何發現。
 - ◆ 衛生署署長向採訪的新聞界即場簡報。就廣東省的疫症爆發事件發出新聞稿和健康指引，副本送交內地衛生人員。
 - ◆ 世衛接獲北京衛生部報告，廣東省爆發急性呼吸系統綜合症，錄得300宗個案，5人死亡。
 - ◆ 醫管局總辦事處設立嚴重社區型肺炎工作小組，成員包括微生物學、內科和深切治療部的專家，就如何監察和處理嚴重社區型肺炎個案提供建議。
- 2003年2月13日(星期四)
- ◆ 醫管局開始向衛生署匯報懷疑和證實嚴重社區型肺炎個案。
[註：嚴重社區型肺炎並非法定應呈報的疾病。嚴重社區型肺炎的定義：病人需要在深切治療部／加護病房接受護理或輔助呼吸的社區型肺炎個案。]
 - ◆ 醫管局轄下的瑪嘉烈醫院向衛生署呈報一宗懷疑非典型肺炎個案。患者為一名33歲男子，曾前往內地福建省。
 - ◆ 衛生署新界西區辦事處對這宗個案和患者家屬展開調查，包括進行流行病學和化驗調查。
[註：個案隨後證實為禽流感(H5N1)。個案中的家庭成員包括：妻子、兩名年幼女兒和一名兒子(9歲)。

二月

最年幼的女兒在 2003 年 1 月 28 日在福建染上肺炎，並送往當地醫院，後來在 2 月 4 日在福建病逝。

該名 33 歲男子和其 9 歲兒子分別在 2 月 11 日和 2 月 12 日入住瑪嘉烈醫院。該名男子其後在 2 月 17 日病逝，兒子則後來痊癒。

妻子在 2 月 11 日出現咳嗽，在 2 月 13 日入住本港一間醫院，並在 2 月 20 日出院。

在整段期間，另一女兒並無出現任何病徵。]

- ◆ 衛生署要求私家醫院在有嚴重社區型肺炎個案入院時，即時作出通報。

2003 年 2 月 17 日(星期一)

- ◆ 私營的仁安醫院接收了一名由廣州抵港的女士。
[註：她其後於 4 月時被證實感染了綜合症。]
- ◆ 醫管局嚴重社區型肺炎工作小組舉行第二次會議，並增加成員，包括衛生署社會醫學（傳染病）的高級顧問醫生、醫管局中央感染控制委員會全體成員和總藥劑師辦事處。主要內容如下—
 - 改善由各醫院向醫管局感染控制專責小組秘書處匯報嚴重社區型肺炎個案的機制
 - 討論向醫管局職員發放有關嚴重社區型肺炎的“常見問題”內容
 - 討論抗流感藥“特敏福”的使用。

2003 年 2 月 18 日(星期二)

- ◆ 北京中國疾病控制及預防中心報告，該中心已發現導致廣東爆發非典型肺炎的病源可能是肺炎衣原體。

2003 年 2 月 19 日(星期三)

- ◆ 政府病毒科證實瑪嘉烈醫院的 9 歲男童感染 H5N1（禽流感）。當局與香港大學(港大)和醫管局討論這宗個案的調查結果。
- ◆ 衛生署署長將有關個案知會世衛和北京衛生部。衛生署和醫管局舉行聯合新聞簡報會，並向各有關方面發送新聞稿，包括市民、內地、世衛、國際間的衛生當局、禽流感(H5N1)專家工作小組，以及立法會衛生事務委員會。
- ◆ 衛生署採取行動，加強預防禽流感的健康教育。衛生署健康教育組的 24 小時電話熱線及中央健

二月

康教育組的網頁增添了有關流行性感冒(包括禽流感)的資料。衛生署於1月至3月期間在各大商場及其轄下的健康教育中心舉行巡迴展覽。

- ◆ 醫管局嚴重社區型工作小組舉行第三次會議，席上討論了瑪嘉烈醫院的H5N1兒科個案。

2003年2月20日(星期四)

- ◆ 政府病毒科證實該名33歲男子(即瑪嘉烈醫院受感染男童的父親)感染H5N1禽流感。當局與港大和醫管局討論這宗個案的調查結果。
- ◆ 衛生署將有關個案知會世衛和北京衛生部，並向採訪的新聞界即場簡報。新聞稿發送給各有關方面，並致函通知所有醫生該兩宗H5N1感染個案。
- ◆ 衛生署新界西區辦事處人員探訪感染H5N1的9歲男童及其姊妹的學校，藉此灌輸健康教育和監察流感的情況。

2003年2月21日(星期五)

- ◆ 一名中國廣州的教授(AA)與妻來港，在M酒店的911號房住了一晚。
[註：AA後來被發現為M酒店和其他地方爆發綜合症的源頭病人。]
- ◆ 醫管局嚴重社區型肺炎工作小組就治理嚴重社區型肺炎製作了一套資料，透過個別醫院的感染控制主任分發醫管局的所有醫院，並上載於醫管局的網頁。資料內容涉及－
 - 個案定義、匯報機制、化驗安排、感染控制措施、使用抗病毒藥物的治療經驗等。其中感染控制措施包括預防飛沫傳染(如集中護理病人，在病人的三尺範圍內穿外袍／戴手套、口罩，洗手，週遭環境消毒)。

2003年2月22日(星期六)

- ◆ AA懷疑染上嚴重社區型肺炎，入住廣華醫院。
- ◆ 廣華醫院深切治療部把個案通知醫管局感染控制專責小組秘書處。其後，廣華醫院感染控制組亦進一步填妥個案的“嚴重社區型肺炎臨牀記錄表”，並於晚上傳真至醫管局感染控制專責小組秘書處。
- ◆ 該名入住仁安醫院的女病人出現呼吸衰竭，被轉送至威爾斯親王醫院深切治療部。

二月

[註：衛生署在同日接獲威爾斯親王醫院通知這宗嚴重社區型肺炎個案。該署新界東區辦事處人員進行了流行病學調查，並追查與患者有接觸的人士。病人其後於3月4日不理醫生的勸告自行出院。]

- ◆ 衛生署新界西區辦事處與教育統籌局葵青學校發展部合作，在上述H5N1個案兒童就讀的學校，為家長和教師舉辦有關禽流感的健康講座。

2003年2月24日(星期一)

- ◆ 醫管局把廣華醫院的AA個案通知衛生署。病人由廣華醫院、瑪麗醫院和港大的臨牀醫生共同診治。
- ◆ 衛生署九龍區辦事處由廣華醫院取得AA的臨牀記錄，並對曾在香港與AA接觸的家人和親屬展開追查和監察。此外，亦進行流行病學和深入的化驗調查。

[註：由於AA此時已插管協助呼吸，故未能直接向他取得資料。]

2003年2月27日(星期四)

- ◆ 醫管局嚴重社區型肺炎工作小組舉行第四次會議，檢討2月份呈報的個案情況，並討論適當的感染控制措施，以及簡化匯報機制。

2003年2月28日(星期五)

- ◆ AA的妹夫(本港居民)入住廣華醫院。
[註：他其後被證實感染了綜合症。]
- ◆ 醫管局發出處理嚴重社區型肺炎“常見問題”第二版，增加／修訂的內容如下－
 - 修訂報告表格，以列載個案更多有用的資料
 - 加入“從內地回港或近期曾與家禽接觸”作為須在適切化驗所接受特別測試的準則。

三月

- | | |
|----------------|--|
| 2003年3月4日(星期二) | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 來自廣州的教授 AA 於廣華醫院去世。與他同院的妹夫需要插管協助呼吸和轉送至深切治療部。 ◆ 一名本地居民 JJ 入住威爾斯親王醫院，初步診斷為患上社區型肺炎。 <p>[註：JJ 的發燒和肺部狀況在入院後有所改善，而他的病況亦未符合嚴重社區型肺炎個案定義。他在3月6日至12日期間接受了噴霧器治療。他稍後被發現是M酒店爆發疫症的其中一個個案，並證實為威爾斯親王醫院爆發疫症的源頭病人。]</p> |
| 2003年3月5日(星期三) | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 衛生署接獲世衛通知，指 DD 將由河內轉送來港就醫。在河內，這名病人的推定診斷是乙型流行性感冒。世衛也指出，有7名曾為 DD 提供護理或協助的醫護人員據報出現發高燒、不適和頭痛的徵狀。 <p>[註：DD 其後證實是M酒店爆發疫症的其中一個個案，並是越南河內爆發綜合症的源頭病人。]</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 衛生署與醫管局商討接收這名病人的安排。 |
| 2003年3月6日(星期四) | <ul style="list-style-type: none"> ◆ DD 入住瑪嘉烈醫院深切治療部，並於隔離病房接受護理。 ◆ 衛生署追查和監察曾與患者接觸的人士，並進行流行病學和深入的化驗調查。 |
| 2003年3月7日(星期五) | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 衛生署署長致電聯絡北京衛生部，該部表示未能確定導致廣東省爆發疫症的原因，也沒有證據顯示疫症是由H5N1引起。不過，世衛專家卻認為不可排除H5N1是疫症成因。 ◆ 醫管局發出處理嚴重社區型肺炎的“常見問題”第三版，增加／修訂的內容如下－ <ul style="list-style-type: none"> ○ 建議急症室對所有病人採取普及性預防措施 ○ 就嚴重社區型肺炎的傳染特性提供資料 ○ 除了流行性感冒之外，再加入大部分呼吸系統傳染病(肺結核除外)的建議隔離方法 ○ 嚴重社區型肺炎個案的臨牀治理。 |

三月

- | | |
|-----------------|---|
| 2003年3月10日(星期一) | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 醫管局轄下威爾斯親王醫院的管理層得悉來自內科部門 8A 病房共 11 名醫護人員放病假，可能爆發傳染病。醫院方面發出新聞稿。 ◆ 威爾斯親王醫院管理層關閉 8A 病房，禁止病人入院、出院和接受探訪。 <p>[註：不准探訪政策其後修改為有限度探訪。所有訪客須採取預防飛沫傳染的措施，例如戴口罩、手套和穿外袍。]</p> |
| 2003年3月11日(星期二) | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 傳媒報道威爾斯親王醫院 8A 病房一批醫護人員據報在過去 3 至 4 天出現呼吸道感染症狀。 ◆ 衛生署新界東區辦事處與威爾斯親王醫院的管理層會面，勸諭醫院把有關病人隔離、檢查其他病房和監察病假記錄。該分區辦事處亦設計問卷進行流行病學調查，以及作為制訂個案定義和估計潛伏期的基礎。此外，亦與院方合力積極找出個案及進行疾病監察。醫院管理層於下午提供受感染人員的姓名和聯絡電話。 ◆ 衛生署新界東區辦事處於晚間使用新設計的問卷訪問有關個案，收集他們臨牀、旅遊和曾接觸的人士的資料。該分區辦事處向受影響員工提供健康指引，並制訂流行病曲線圖。 ◆ 威爾斯親王醫院管理層召回所有正在放病假的員工(總數為 50 人)進行驗身及甄別，經評估後，有 23 人須即時入院。院方騰出急症室的觀察病房，隔離第一批共 23 名員工。 |
| 2003年3月12日(星期三) | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 衛生署知會世衛有關威爾斯親王醫院爆發疫症一事。該署又舉行新聞簡報會，通知市民威爾斯親王醫院醫護人員集體感染非典型肺炎，並闡釋跟進工作。 ◆ 世衛(日內瓦時間)向全球發出警示，指越南、香港和中國廣東省出現病因不明的急性呼吸系統感染個案，並指出該疾病似乎特別威脅醫護人員。 ◆ 鑑於威爾斯親王醫院爆發發燒和呼吸道感染的病例，衛生署提醒醫生和私家醫院注意感染控制。該署並向教育統籌局和社會福利署發出呼吸道感染預防措施的健康指引，以便派發給學校和幼兒中心。 |

三月

- ◆ 在威爾斯親王醫院舉行的會議上，衛生署新界東區辦事處匯報臨牀表徵、流行病曲線圖、可能潛伏期和個案定義。會議上又就傳播途徑(很可能是飛沫)交流意見。院方表示，經查核其他病房員工的病假記錄後，並無發現出現類似的模式。
- ◆ 威爾斯親王醫院設立疾病控制中心，處理這次疫症。內科部門把員工分為“潔淨”和“不潔”小組，防止員工之間互相傳染，也避免與病人交叉感染。院方又增設集中護理病房，以安置懷疑或證實染上非典型肺炎的病人。
- ◆ 醫管局總辦事處與威爾斯親王醫院管理層會晤，評估院方的服務安排和醫護人員的感染情況。
- ◆ 醫管局嚴重社區型肺炎工作小組舉行第五次會議—
 - 討論由河內轉介的懷疑嚴重社區型肺炎個案
 - 討論威爾斯親王醫院 8A 病房的情況。

2003 年 3 月 13 日(星期四)

- ◆ *DD* 逝世。衛生署與瑪嘉烈醫院聯系，將剖驗樣本送往美國亞特蘭大疾病控制及預防中心檢驗。
- ◆ 衛生福利及食物局局長與衛生署、醫管局人員及一名世衛代表檢討威爾斯親王醫院的疫症爆發情況。會上同意—
 - 衛生署和醫管局聯手徹查這次爆發
 - 加強監察個案和曾與患者接觸的人士
 - 各部門將通知所有相關組別遵守傳染病指引
 - 保持並進一步加強與世衛、中國內地和美國亞特蘭大的疾病控制及預防中心交換資料
 - 衛生福利及食物局局長將主持督導小組，協調預防措施和加緊交流疫情資料
 - 衛生署副署長將領導專家小組，成員包括衛生署、醫管局、港大、香港中文大學(中大)和世衛的專家，集中處理調查工作。

三月

[註：為加強運作效率，督導小組和專家小組隨後合併為專責小組，名為衛生福利及食物局專責小組，由衛生福利及食物局局長出任主席，成員包括衛生署、醫管局、港大、中大和世衛的專家。衛生福利及食物局專責小組在3月14日舉行首次會議。]

- ◆ 衛生署新界東區辦事處在威爾斯親王醫院派駐醫護人員，方便溝通和調查工作。
- ◆ 衛生署的小組與威爾斯親王醫院合作，檢查受影響職員、住院病人和出院病人的記錄，以找出疫症的源頭，並在8A病房會見可能源頭病人 JJ。
- ◆ 威爾斯親王醫院管理層就疫症爆發採取進一步行動—
 - 暫停非緊急外科手術、日間服務和心臟專科門診服務
 - 把到急症室求診但並不是非典型肺炎患者的緊急內科病人分流至鄰近的雅麗氏何妙齡那打素醫院和北區醫院
 - 發出預防飛沫傳染的深化感染控制指引和措施
 - 開始為員工舉辦每周兩次有關感染控制的訓練班
 - 成立「非典型肺炎聯網會議」，每日召開兩次會議，商討工作方向和決定疾病和感染控制工作。
- ◆ 醫管局東區尤德夫人那打素醫院告知衛生署，在其內科病房工作的醫護人員懷疑集體感染疫症。院方在指定病房集中處理非典型肺炎個案。衛生署港島區辦事處着手調查該院疫情和追查曾與患者接觸的人士。

[註：其後發現東區尤德夫人那打素醫院的感染源頭可能是一名染上嚴重社區型肺炎的病人，該病人在3月16日去世，之前曾於2月22至23日到過中山。]

三月

- ◆ 衛生署九龍區辦事處調查普通科醫生 KK 診所的非典型肺炎個案，並對所有診所職員的家屬展開追查和健康監察工作。

[註：其後發現 KK、其妻子以及其診所護士的感染源頭可能是一名近期到過內地的病人，該病人於 3 月 15 日死於嚴重社區型肺炎。]

- ◆ 衛生署把有關非典型肺炎的資料上載其網頁，並向安老院舍加強在預防呼吸系統感染方面的健康教育，以及通過香港旅遊業議會向所有旅行社發放有關急性呼吸系統綜合症的健康指引。

2003 年 3 月 14 日(星期五)

- ◆ 在中國深圳工作和居住的 YY，在他弟弟位於淘大花園的單位過了一夜。他當時有發燒和腹瀉的症狀。

[註：他其後被確定為淘大花園爆發疫症的源頭病人。他在 3 月 15 日入住威爾斯親王醫院，經診斷後懷疑患上非典型肺炎。由於病情好轉，而且化驗結果顯示他患上甲型流行性感冒，所以院方在 3 月 19 日讓他出院。他於 3 月 22 日再次入院，並其後於 3 月 27 日證實為患上綜合症。]

- ◆ 在香港特別行政區行政長官主持的每周高級官員會議中，政府作出三項策略性決議－
 - 應每日向公眾發放疫情資料
 - 應就預防措施向市民提供指引
 - 香港應與國際組織緊密合作，並在有需要時尋求專家的協助。
- ◆ 香港特別行政區行政長官在衛生福利及食物局局長以及醫管局的行政總裁和高層人員的陪同下到訪威爾斯親王醫院。
- ◆ 衛生福利及食物局局長召開並主持該局專責小組的首次會議。會上同意－
 - 需定出個案定義，當中包括攝氏 38 度以上的高燒
 - 需要就威爾斯親王醫院的個案、從河內轉介的個案、以及東區尤德夫人那打素醫院

三月

和私家診所的染病醫護人員作進一步流行病學和化驗調查

- 把追查曾與患者接觸的人士作為流行病學調查和感染控制措施的一部份
 - 執行感染控制措施，特別是強調預防飛沫傳染
 - 治療經驗顯示，高劑量類固醇加利巴韋林對某類別的病人有療效
 - 向公眾發放消息，應指出肺炎在香港是常見的疾病，而且在約半數個案中找不到病原體。
- ◆ 衛生署工作小組與威爾斯親王醫院合力調查，證實 JJ 是 8A 病房爆發疫症的源頭病人。衛生署負責跟進曾接觸源頭病人的出院病人和訪客（在社區）；而威爾斯親王醫院則負責跟進曾接觸該病人的員工、醫科學生和住院病人。鑑於個案不斷增加，衛生署要求威爾斯親王醫院協助搜集新個案的臨牀和曾接觸人士的記錄。

[註：隨後進行的調查顯示 JJ 共感染了 143 名人士（稱為第二重病人，因為他們經直接接觸源頭病人 JJ 而受到感染）。這些病人包括 50 名醫護人員、17 名醫科學生、4 名親屬、30 名 8A 病房的病人及 42 名 8A 病房的訪客。]

- ◆ 威爾斯親王醫院管理層進一步決定內科部門全面停止接收非緊急的病人。
- ◆ 衛生署繼續通過 24 小時電話系統和網頁，向公眾、醫護專業人員、旅客、公共交通從業員提供預防呼吸道感染的健康指引。該署又致函各私家醫院，要求他們協助監察肺炎個案。
- ◆ 醫管局嚴重社區型肺炎工作小組舉行第六次會議
 - 討論籌辦員工論壇
 - 匯報威爾斯親王醫院及廣華醫院的最新情況
 - 檢討醫管局的利巴韋林和類固醇存貨

三月

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 制訂醫管局嚴重社區型肺炎(後易名為嚴重急性呼吸系統綜合症)指引，以便向有關方面發布(該指引於3月19日上載醫管局的內聯網)。 ◆ 醫管局總辦事處設立疫症協調中心，後易名為醫管局總辦事處嚴重急性呼吸系統綜合症協調中心。
2003年3月15日(星期六)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 世衛發出緊急旅遊警告，把這種病症命名為嚴重急性呼吸系統綜合症，並列出主要病徵，但沒有建議避免到某些地點旅遊。 ◆ 衛生署增調職員到威爾斯親王醫院，加強駐守該院的追查小組人手。 ◆ 衛生署通過香港旅遊業議會向各旅行社提供最新的綜合症消息。
2003年3月16日(星期日)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 衛生署通過機場管理局致函所有航空公司，提醒各航空公司留意世衛的旅遊警告，同時就如何處理航機上的懷疑綜合症個案作出建議。 ◆ 隨著世衛在3月15日發出的通告，衛生署和醫管局修訂個案定義，將X光片顯示肺炎症狀作為其中一個準則。 ◆ 醫管局行政總裁與新界東醫院聯網的行政總裁、中大醫學院院長和內科系教授當晚舉行會議，討論是否關閉威爾斯親王醫院的急症室。最後決定把該醫院急症室的急症轉往新界東醫院聯網以外的其他醫院。
2003年3月17日(星期一)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 世衛成立一個由來自9個國家／地區共11間化驗所的科學家所組成的網絡，當中包括港大、中大和政府病毒科。合作模式包括每日的電話會議、以及交換樣本和結果等。 ◆ 世衛在衛生署派駐流行病學小組，開始對綜合症進行研究。 ◆ 衛生福利及食物局局長主持該局專責小組第二次會議－ <ul style="list-style-type: none"> ○ 醫管局／衛生署修訂個案的定義

三月

- 留意到世衛／美國疾病控制及預防中心所建議的感染控制指引
 - 專家認為目前的感染控制措施已經足夠
 - 認為飛沫很可能是傳播途徑。
- ◆ 私營的聖保祿醫院和醫管局轄下東區尤德夫人那打素醫院分別向衛生署呈報聖保祿醫院有醫護人員懷疑染上非典型肺炎入院。衛生署港島區辦事處派員到聖保祿醫院，會見有關人士，並追查曾接觸患者的人士。衛生署亦提供衛生和感染控制指引，以及監察曾與患者有密切接觸的人士的健康狀況。
- [註：經追查後，發現聖保祿醫院的感染源頭可能是一名自2月12日起入住M酒店的72歲加拿大遊客。該名遊客3月2日入住聖保祿醫院，並在3月8日轉往瑪麗醫院。衛生署在3月13日獲悉個案屬嚴重社區型肺炎，開始追查曾接觸患者的人士和展開健康監察。]
- ◆ 衛生署以書面把世衛的《醫院傳染病控制指南》和《處理綜合症指引》通知私家醫院。該署亦就呼吸道感染向旅遊業相關團體發信，以及就預防呼吸道感染向中醫業界發出健康指引。
- ◆ 醫管局開始把威爾斯親王醫院的急症分流至新界東聯網以外的其他醫院。

2003年3月18日(星期二)

- ◆ 中大與威爾斯親王醫院發現副黏液病毒可能是疫症的病原體。
- ◆ 醫管局伊利沙伯醫院通知衛生署，該院的醫護人員中有懷疑綜合症患者。衛生署九龍區辦事處調查伊利沙伯醫院的個案，並對曾與患者接觸的人展開追查，並且監察其家人和同一病房的其他職員。
- [註：源頭病人其後被確定為一名經常往返廣州的人士。他在3月9日入住伊利沙伯醫院，並於3月30日逝世。]
- ◆ 衛生署採取進一步的公共衛生措施－
- 衛生署署長向各國領事作出簡報(衛生署其後在4月及5月亦有舉行類似的簡報會)

三月

- 衛生署去信私家醫院，要求他們由3月19日起，使用每日回條呈報綜合症個案
- 衛生署設立公眾諮詢熱線。
- ◆ 醫管局的大事紀要－
 - 醫管局總辦事處開始每天與各聯網管理層舉行會議，加強協調
 - 醫管局行政總裁與威爾斯親王醫院要員會面，進一步評估進展，並決定由3月19日凌晨零時起關閉該院的急症室，3月21日再檢討情況
 - 醫管局嚴重社區型肺炎工作小組舉行第七次會議，討論感染控制事宜。
- ◆ 發現使用噴霧器是威爾斯親王醫院8A病房出現大規模感染的主因。
[註：3月19日，醫管局的《處理綜合症指引》就使用噴霧器發出警示。]

2003年3月19日(星期三)

- ◆ AA感染了綜合症的妹夫於廣華醫院去世。
- ◆ 衛生署公布，最少7宗綜合症個案與M酒店有關。這一羣組的源頭病人已確定是來自廣州、曾於2月22日入住廣華醫院的教授AA。威爾斯親王醫院爆發綜合症的源頭病人JJ，曾在AA入住M酒店期間到訪該酒店。聖保祿醫院爆發疫症的源頭病人曾入住M酒店。衛生署九龍區辦事處在M酒店進行實地調查。該署舉行記者招待會。
- ◆ 威爾斯親王醫院暫停急症室服務，待3月21日再作檢討。
- ◆ 衛生署與威爾斯親王醫院商議簡化數據搜集的程序。世衛小組探訪威爾斯親王醫院，以搜集更多資料。
- ◆ 醫管局發出《處理綜合症指引》(2003年3月19日版)。增加／修訂項目包括小心使用噴霧器。此外，又增加了兩份新附件－

三月

- 基層護理醫生／家庭醫生處理懷疑綜合症個案指引
- 修訂的綜合症個案定義。
- ◆ 醫管局與各醫院的感染控制護士代表舉行會議，以匯報最新的指引，並在其內聯網推出有關綜合症的網頁。

2003年3月20日(星期四)

- ◆ 衛生福利及食物局局長主持該局專責小組的第三次會議－
 - 備悉初步識別副黏液病毒及M酒店的調查結果
 - 討論在學校控制綜合症的措施
 - 受污染的物體表面（傳病媒介）可能會傳播病毒
 - 至目前為止，無證據顯示會經由通風系統散播病毒。
- ◆ 衛生署九龍區辦事處在M酒店進行第二次實地調查，確保酒店管理層已進行適當的清潔和消毒工作。
- ◆ 衛生署新界東區辦事處代表出席於威爾斯親王醫院舉行的會議。流行病曲線圖顯示醫護人員的疫情已達到高峰期，與單一源頭爆發的情況相若。留意到患者家屬和訪客亦受到感染。
- ◆ 衛生署新界東區辦事處在跟進兩名曾接觸綜合症患者並出現病徵的人士時，曾嘗試聯絡診所設在大埔的普通科醫生PP。該兩名曾與綜合症患者接觸的人士在病毒潛伏期曾向該醫生求診。
- ◆ 衛生署進一步向私家醫院和醫生匯報疫情，並引用醫管局的《處理綜合症指引》中的資料。
- ◆ 醫管局行政總裁與威爾斯親王醫院管理層和中大教授舉行緊急會議，商討他們對疫症在社區擴散的關注，以及急需追查曾與綜合症患者接觸的人士。他稍後在午夜聯絡衛生署副署長，商討加強追查曾與綜合症患者接觸的人士及在社區控制疫症。

三月

- ◆ 醫管局亦加強職員診所的人手，以應付額外的應診時段。

2003年3月21日(星期五)

- ◆ 衛生署副署長探訪威爾斯親王醫院，並加強派駐該院的衛生署小組，增派一名首席醫生負責指揮小組。此外，衛生署也擴大監察範圍，留意所有急症內科病房的訪客有否出現綜合症症狀。

- ◆ 衛生署新界東區辦事處開始調查曾與一位普通科醫生 *MW* 有接觸的人士，該名醫生因懷疑感染綜合症而入住威爾斯親王醫院。此外，衛生署駐威爾斯親王醫院的小組發現普通科醫生 *PP* 已入院。

[註：其後發現 *MW* 的感染源頭可能是一名家務助理，該名家務助理在3月3日至6日期間，每天都到訪威爾斯親王醫院 8A 病房。該名家務助理曾於3月13日向 *MW* 求診，翌日需入院接受治療。至於 *PP* 的感染源頭，則可能是一名曾於3月6日至7日在威爾斯親王醫院 8A 病房留醫的病人。該名病人於3月9日開始發燒，翌日向 *PP* 求診，然後於3月13日再度入住威爾斯親王醫院。]

- ◆ 衛生署接獲私營的浸信會醫院通知，指該院有4名醫護人員懷疑感染綜合症。衛生署九龍區辦事處展開調查，向病人和臨牀醫生索取有關資料。該署追查曾與員工、病人和出診醫生(包括私家醫生 *SS*、其職員、病人及他們的家人)接觸的人士，並通過傳媒促請該診所的病人致電衛生署熱線。與浸信會醫院的感染控制護士聯絡，就控制措施提供意見。

[註：其後發現浸信會醫院的感染源頭可能是威爾斯親王醫院源頭病人 *JJ* 的親嫂。]

- ◆ 衛生署與多個團體合作舉辦社區健康講座。該署以各種方式展開公眾健康教育工作，包括海報、小冊子、展板、廣告、接受傳媒訪問、撰稿、電視宣傳、巡迴展覽、提供常見問題解答等。該署又製作一系列的健康教育教材和安排有關活動。
- ◆ 醫管局行政總裁向衛生福利及食物局局長匯報在威爾斯親王醫院開會的內容，並去信香港醫學會和香港西醫聯會，通知私家醫生採取預防綜合症的措施。
- ◆ 醫管局綜合症協調中心進一步加緊匯報個案和交換資料。

三月

2003年3月22日(星期六)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 港大宣布已找出導致綜合症的病原體是一種冠狀病毒，並研制診斷方法以測試受感染病人身上是否有抗體。港大與醫管局一同舉行新聞簡報會，展示兩幅電子顯微照片，照片顯示從一名綜合症病人(廣州教授 AA 的妹夫)肺部活組織檢查樣本中取得的新病毒。 ◆ 衛生署九龍區辦事處在 M 酒店進行第三次實地視察(消毒後)。檢查環境後發現情況滿意，通知酒店管理層 9 樓可恢復營業。 ◆ 衛生福利及食物局局長與中國衛生部長商討跨境衛生合作事宜。雙方同意在綜合症的資料交換和疾病通報方面建立更緊密的合作，並與廣東省加強溝通。
2003年3月23日(星期日)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 醫管局行政總裁因感染綜合症入院。 ◆ 衛生署新界西區辦事處着手調查入住屯門醫院的綜合症病人，其後發現病人曾於3月15日至19日參加旅行團到北京旅遊。此外，亦開始監察曾接觸患者的人士。 [註：其後發現該旅行團的感染源頭可能是一名北京居民，他曾於3月4日至9日到過威爾斯親王醫院 8A 病房，並於3月11日出現病徵。] ◆ 教育統籌局向學校發出進一步的措施和指引。如學生和職員是患者的親屬或曾接觸綜合症患者，便須停課一周。當局向學校派發單張和指引。
2003年3月24日(星期一)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 衛生福利及食物局局長主持該局專責小組第四次會議— <ul style="list-style-type: none"> ○ 議定展開大型宣傳活動，強調有關個人衛生的積極行動等 ○ 制定針對不同界別的指引 ○ 據報大部分病人在病發初期接受高劑量利巴韋林和類固醇治療，情況都得到改善。 ◆ 政府宣布由衛生福利及食物局常任秘書長協調20個政府部門和4個決策局推行綜合症的控制工作。 ◆ 衛生署去信護養院有關“護理院舍的感染控制措施”，並以書面向私人執業醫生提供“社區內診所

三月

應採取的感染控制措施”的指引。開始向其他法定註冊的醫護人員(例如護士、放射技師、醫務化驗師和中醫)、專業團體和豁免註冊診所發出類似信函。同時亦開始制定針對不同界別的指引，供其他政府部門使用。

- ◆ 醫管局發出《處理綜合症指引》。增加的內容／修訂如下－
 - 家居的感染控制措施
 - 配戴口罩的效用
 - 建議的治療方法。
- ◆ 醫管局公開呼籲市民如非必要，避免前往公立醫院。

2003年3月25日(星期二)

- ◆ 成立綜合症高層督導委員會，由香港特區行政長官出任主席，成員包括有關的主要官員，負責督導政府對抗綜合症的工作。
- ◆ 衛生署呼籲兩班航機的乘客(與一個旅行團爆發疫症有關)致電衛生署熱線。

[註：如海外遊客因乘搭飛機或入住酒店等情況而涉及綜合症個案，在香港的有關總領事及／或海外的衛生機關都會獲得知會。]
- ◆ 衛生署繼續更新向社會福利機構、學校和安老院舍發放的指引和建議。

2003年3月26日(星期三)

- ◆ 衛生署九龍區辦事處接獲基督教聯合醫院通知，該院接收了7個家庭的15宗綜合症懷疑個案，全部來自淘大花園。衛生署小組視察淘大花園E座，並會見可以接觸到、來自7個樓層20個懷疑有綜合症個案的單位。該署並向E座居民和所有淘大花園居民分別派發信件和小冊子，請他們注意有否出現病徵，並指示大廈管理公司在為E座以至其他各座進行消毒。
- ◆ 衛生福利及食物局局長主持該局專責小組的第五次會議－
 - 同意最有可能的傳播途徑是飛沫和受污染物體表面。雖然氣霧傳播事例並不常見，亦須作深入的研究

三月

- 洗手和經常清洗物件的表面很重要
 - 需要制訂綜合病人的出院指引
 - 背景肺炎個案的數目在過去一週有增加
 - 需要因應疫症在淘大花園社區爆發而修訂公共衛生措施
 - 衛生署署長建議了一籃子的公共衛生措施，包括把綜合症納入《檢疫及防疫條例》(香港法例第 141 章)，使該症成為須通報疾病、要求旅客申報健康狀況、學校暫時停課、在指定地點設立健康監察中心(指定醫療中心)以便甄別曾與患者接觸的人士，以及指定由瑪嘉烈醫院接收由指定醫療中心轉介的新綜合症個案。
- ◆ 衛生署副署長主持控制綜合症在香港蔓延的首次跨部門會議。會上討論的 3 個主要問題如下－
 - 修訂香港法例第 141 章，以訂定有關控制和預防綜合症在本港蔓延的法定權力
 - 加強在機場、港口和陸路邊境管制站執行的公共衛生措施
 - 設立指定醫療中心，對曾與綜合症患者接觸的人士進行健康監察。
 - ◆ 醫管局高層人員進行了內部討論。決定指定由瑪嘉烈醫院作為處理綜合症的醫院，接收由衛生署的指定醫療中心及其他醫院急症室轉介的綜合症個案。準備應付這項工作的計劃是－
 - 把所有不涉及綜合症的服務遷離瑪嘉烈醫院和黃大仙醫院
 - 關閉瑪嘉烈醫院的急症室
 - 安排醫管局員工的調配和培訓

三月

- 提供後勤支援，例如改善通風設備、提供個人防護裝備、以及為不想回家的員工提供臨時住所。
- ◆ 醫管局出版第一期《協力通訊》(醫管局內部通訊)。

2003年3月27日(星期四)

- ◆ 政府公布對抗綜合症的措施，包括－
 - 把綜合症納入《檢疫及防疫條例》(香港法例第141章)附表1列明的傳染病名單
 - 由3月29日起，抵港旅客須申報健康狀況
 - 由3月31日起，由衛生署的指定醫療中心負責監察曾與綜合症患者接觸的人士的健康狀況
 - 在3月29日至4月6日期間，所有學校暫時停課。
- ◆ 在憲報刊登命令，把綜合症納入上述附表所載的傳染病名單，即時生效。
- ◆ 衛生署九龍區辦事處的衛生小組第二次視察淘大花園，向居民派發有關健康指引的信件。
- ◆ 舉行控制綜合症在香港蔓延的第二次跨部門會議。會上同意邊境管制站由3月29日正午起實施各項公共衛生措施，而指定醫療中心則在3月31日開始運作。
- ◆ 衛生署與台灣衛生署疾病管理局聯絡，要求證實傳媒的報道，指3月15日乘坐一班往北京的航機的旅客在返回台灣後出現類似綜合症的呼吸道疾病。
- ◆ 醫管局大會舉行會議－
 - 宣布所有醫院暫停非緊急服務
 - 禁止探訪懷疑和證實感染綜合症的病人
 - 決定延期對新入職者和現有僱員實施新的薪酬安排。

三月

- ◆ 醫管局發出《處理綜合症指引》(2003年3月27日版)。增加／修訂項目包括“綜合症康復者出院常規”。
- ◆ 政府病毒科使用美國亞特蘭大疾病控制及預防中心提供的引物，開始測試病人的樣本是否有冠狀病毒。

2003年3月28日(星期五)

- ◆ 衛生福利及食物局局長探訪瑪嘉烈醫院，並提出設立電子數據庫，以便透過互聯網即時搜集醫管局轄下醫院的所有綜合症病人的臨牀和行政資料。衛生署可以取得這些網上資料，以便立即追查曾接觸患者的人士，並作出跟進。

[註：這個資料庫隨後命名為綜合症網上電子資料庫(e-SARS)。]

- ◆ 瑪嘉烈醫院由3月29日起成為指定的綜合症醫院的消息宣布後，衛生署新界西區辦事處與該院商討設立控制室和其他支援安排，以便有效傳遞資訊和跟進個案。
- ◆ 衛生署九龍區辦事處聯同世衛代表第三次視察淘大花園。
- ◆ 由衛生福利及食物局常任秘書長出任主席的跨部門統籌委員會舉行首次會議，4個決策局、超過20個政府部門和機場管理局均派員出席。會上同意多項與控制綜合症蔓延措施有關的事宜。委員會隨後每日舉行會議。
- ◆ 舉行控制綜合症在香港蔓延的第三次跨部門會議，擬定多項措施的執行安排。會上討論並通過下列文件－
 - 在機場、邊境和港口執行公共衛生措施的程序
 - 建議在邊防檢查站執行的管理程序
 - 熱線電話和指定醫療中心的處理程序。
- ◆ 台灣衛生署疾病管理局表示發現有3宗可能和2宗懷疑綜合症個案曾於3月15日乘搭一班往北京的航機。他們在3月21日分別乘搭兩班不同航機由北京經香港返回台灣。衛生署呼籲曾乘搭這兩個航班的乘客致電該署熱線。

三月

2003年3月29日(星期六)

- ◆ 政府規定，所有抵港旅客必須在機場及各水路和陸路邊境管制站填寫健康申報表。經機場離港的旅客則須回答與綜合症有關的問題。
- ◆ 衛生署設立另一條共有 20 條電話線的熱線。衛生署九龍區辦事處分別在早上和下午到淘大花園進行第四次及第五次實地視察。在 E 座兩個入口設立醫療站，由醫療輔助隊人員當值，負責派發小冊子、口罩，示範探熱和答覆查詢。
- ◆ 瑪嘉烈醫院急症室在 3 月 29 日凌晨零時關閉，並由上午九時起接收來自其他醫院的綜合症病人。瑪嘉烈醫院通知衛生署，院內的控制和協調中心將由 3 月 31 日開始運作。
- ◆ 醫管局業務支援服務控制中心開始運作，加強有關應急物料的安排和其他支援功能，包括載送病人、病房通風、污水渠系統，以及為集中處理綜合症病人的醫院提供額外醫療設備。
- ◆ 學校和幼兒中心開始停課。

2003年3月30日(星期日)

- ◆ 衛生福利及食物局局長主持該局專責小組第六次會議，主要討論事項如下－
 - E 座的綜合症個案明顯地出現垂直樓層擴散的現象，主要集中在 8 號和 7 號單位
 - 衛生署和其率領的多部門小組進行實地調查時，曾研究會否經出入的居民、食水、垃圾和升降機、污水系統、動物帶菌者及屋邨旁的建築地盤傳播病毒。暫時並無確實的結論，但當局會緊急優先處理，繼續進行深入調查。環境運輸及工務局的職員會進行更多有關環境因素的研究
 - 鑑於綜合症個案數目很高，E 座居民可能已形成一個感染羣
 - 為防疫症進一步在社區蔓延，須考慮隔離 E 座。
- ◆ 衛生署九龍區辦事處人員到淘大花園進行第六次實地視察。

三月

- ◆ 政府病毒科成功設計另一對引物，以取代原有的一對，並開始在適合的細胞株培植病毒，確定其生長特徵。
- ◆ 政府舉行全港家居清潔日。
- ◆ 威爾斯親王醫院急症室重新開放，接收新症。

2003年3月31日(星期一)

- ◆ 共有 213 名懷疑感染綜合症的淘大花園居民入院，其中107人來自E座。衛生署送達命令，由早上6時起計，隔離整幢E座10天(至4月9日午夜結束)。衛生署亦勸諭在隔離令發出前已遷出的居民向該署報到。
- ◆ 衛生署根據《檢疫及防疫條例》的規定，強制所有曾與綜合症患者有密切接觸的人士每天向該署4間指定的醫療中心報到，接受身體檢查，為期10天。此外，所有與患者有接觸的人士應留在家中，不應上班或上學。
- ◆ 截至3月底，衛生署印製《工作場所指引》、《社交衛生須知》和《密切接觸者指引》，並廣泛派發。
- ◆ 立法會財務委員會通過2億港元新承擔額，用作治療綜合症病人和加強感染控制及公眾衛生教育。
- ◆ 醫管局在名為《抗炎日訊》的刊物上每天為所有職員發布最新情況，加強內部與職員的溝通。是日出版第一期。醫管局開始從本地和海外招聘醫護人員，亦呼籲義工加入抗炎工作。
- ◆ 醫管局為屬下的所有醫護人員開辦感染控制訓練課程，每天兩節(星期一至五)，直至4月30日。
- ◆ 瑪嘉烈醫院的控制及協調中心開始運作。

四月

2003年4月1日(星期二)

◆ 政府專家發現初步證據，顯示污水收集系統和排水系統可能與綜合症在淘大花園 E 座垂直樓層擴散有關。政府宣布引用搬遷令把該座居民遷往渡假村，繼續接受為期 10 天的隔離。政府又根據《檢疫及防疫條例》宣布該些渡假村為指定地方。各政府部門繼續在淘大花園調查疫情。

◆ 雅麗氏何妙齡那打素醫院告知衛生署，該院有病人和醫護人員懷疑感染綜合症。衛生署新界東區辦事處與院方聯繫，調查疫情、追查曾與患者接觸的人士，以及執行控制措施。院方負責監察員工和住院病人；衛生署則負責追查和監察出院病人以及曾與患者有家居和社交接觸的人士。

[註：該院有 5 間病房爆發疫症；最後一間在 4 月 15 日通報爆發疫症。其中兩名源頭病人是外科病人，均無典型的綜合症症狀。]

◆ 政府病毒科在 4 月初取得足夠經驗，展開培植病毒和測試抗體的工作；要求評估幾個由海外機構研發的測試方法；開始研究這個新病毒的存活時間；在淘大花園爆發疫症後着手進行大規模環境測試。

◆ 衛生署在 4 月初開始例行向證實感染綜合症病人所住大廈的管理公司發出通知，要求他們加強清潔和消毒。

◆ 醫管局總辦事處定出一種新的假期，即“有家人／家居成員證實感染綜合症的員工可放取的特別假期”。此外，醫管局公布－

- 與綜合症患者有密切家居接觸的員工可獲安排 10 天特別假期
- 規定把懷孕員工調往低風險工作崗位
- 鼓勵員工把假期折算為現金，即時生效。

四月

2003年4月2日(星期三)

- ◆ 世衛修訂向國際旅客發出的旅遊警告，建議他們如非必要，押後所有前往香港和廣東省的行程。
- ◆ 醫管局通知衛生署，在基督教聯合醫院發現綜合症個案。衛生署九龍區辦事處與院方合作進行調查，追查曾與患者接觸的人士，並採取控制措施。區辦事處亦監察醫院職員和院內曾與患者有過接觸的病人。

[註：最終有 26 名員工在聯合醫院爆發的疫症中受到感染，當中只有 5 人在綜合症病房內工作。經追查後，發現感染源頭為 3 名病人(其中 2 人住在淘大花園)，入院時的診斷均非綜合症。]

- ◆ 醫管局總辦事處亦成立感染控制小組，支援各聯網調查職員受感染的情況；出版第二期《協力快訊》。
- ◆ 醫管局在報章刊登廣告招聘臨時駐院醫生、副顧問醫生和二級放射技師後，共接獲 53 份申請書，包括－
 - 28 份申請臨時駐院醫生職位
 - 1 份申請副顧問醫生職位
 - 24 份申請二級放射技師職位。

2003年4月3日(星期四)

- ◆ 教育統籌局宣布停課期延長至 4 月 21 日。鑑於指定醫療中心要求與患者有密切接觸的人士接受為期 10 天的監察，因此教育統籌局向學校發出修訂指引。
- ◆ 醫管局在公立醫院所有急症病房執行“不准探訪”政策，並限制康復和精神科病房的探訪。所有住院病人須戴上手術用口罩。

2003年4月4日(星期五)

- ◆ 在警方的協助下，差不多所有在隔離令頒布前已遷出淘大花園 E 座的住戶已與衛生署聯絡，到指定的地點接受健康監察。所有 E 座單位須根據《防止傳染病蔓延規例》第 19 條規定接受消毒。
- ◆ 衛生署署長向國際商業機構舉行簡報會。此外，衛生署電話接聽中心共設有 62 條電話線，為市民提供與綜合症有關的健康指引及援助。

四月

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 醫管局從仁濟醫院調配深切治療部的人員到瑪嘉烈醫院增援。醫管局總辦事處進一步向各聯網發出指引，特別安排懷孕員工調離高危崗位。
2003年4月5日(星期六)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 衛生署港口衛生辦事處設立一條24小時國際直通電話熱線，協助身處海外，因綜合症需接受檢疫的香港市民。為加強控制措施，該署又以書面指引各航空公司在機上發現懷疑綜合症個案時的處理方法。 ◆ 瑪嘉烈醫院的綜合症病人總數達423人。該院一組核心的深切治療部醫生和護士感染綜合症，須調配明愛醫院深切治療部的人員到瑪嘉烈醫院增援。 [註：瑪嘉烈醫院在3月30日至4月14日期間，共有62名(包括25名在深切治療部工作)的醫護人員感染綜合症。] ◆ 醫管局開始在員工診所提供熱線電話服務，資訊科技小組亦把綜合症網上電子資料庫接駁到醫管局的臨牀管理系統，以加強臨牀資料的整理工作。
2003年4月6日(星期日)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 香港警務處利用一套名為“重大事件調查及災難支援工作系統”(MIIDSS)的精密電腦系統，着手協助衛生署進行流行病學調查。 [“重大事件調查及災難支援工作系統”有助綜合症調查人員確認地址，得知病症的分布情況，揭露感染源頭或傳播路線，以及了解個案和接觸者之間的連通性。] ◆ 威爾斯親王醫院在上午9時全面恢復急症室服務。鑑於有醫護人員感染綜合症，以及有大批綜合症住院病人，基督教聯合醫院停止接收任何內科病人經急症室入院。 ◆ 醫管局釐定個人防護裝備的標準，並預計所需數量。
2003年4月7日(星期一)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 食物環境衛生署在淘大花園和鄰近地方(包括牛頭角下邨)徹底消毒和防治蟲鼠。 ◆ 瑪嘉烈醫院開始把綜合症療養病人轉送至黃大仙醫院。醫管局亦決定瑪嘉烈醫院停止接收由其他醫院轉介的病人。該院只接收由衛生署的指定醫療中心轉介的個案。

四月

2003年4月8日(星期二)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 綜合症網上電子資料庫啟用，透過該資料庫，醫管局能即時向衛生署提供證實或懷疑綜合症患者的資料，以便後者迅速調查個案和追查曾與患者接觸的人士。 ◆ 食物環境衛生署在淘大花園 E 座單位進行消毒。 ◆ 醫管局把有關感染控制及預防的培訓資料上載到網上電子學習中心，並向各聯網醫院發放 3 萬隻有關感染控制及預防的光碟。
2003年4月9日(星期三)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ (自3月31日發出的)淘大花園 E 座隔離令在午夜期滿，居民獲准在4月10日早上離開，而希望在4月9日午夜遷離度假村的居民也獲得特別安排。 ◆ 東區尤德夫人那打素醫院通知衛生署，指柴灣高威閣有多名居民懷疑感染綜合症。衛生署港島區辦事處調查這些個案，並追查和監察曾與患者接觸的人士。該辦事處透過物業管理公司向居民發出家居消毒指引，勸諭居民把排水位的 U 形聚水器注滿水，以確保聚水器運作正常，以及採取預防措施，消毒自己的單位。 [註：衛生署對高威閣的初步調查並無發現任何明顯的環境因素。疫症是由人傳人所致。經追查後，發現源頭病人可能在淘大花園毗鄰的牛頭角下邨感染病毒。] ◆ 跨部門統籌委員會舉行會議，討論如何對曾與患者有家居接觸的人士執行家居隔離計劃。
2003年4月10日(星期四)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 政府宣布，所有與證實綜合症患者有家居接觸的人士，須立即接受家居隔離(檢疫)，謝絕訪客，為期最多 10 天。 ◆ 政府答應在兩公共屋邨提供 1,162 個房屋單位，作為臨時宿舍，供從事綜合症臨牀工作的醫管局員工暫住。
2003年4月11日(星期五)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 政府與廣東省政府就有關綜合症資料交流、醫療合作、通報機制、邊境檢疫安排等事宜達成共識，並會成立一個專家小組作進一步的工作。 ◆ 政府宣布，由4月14日起，曾與綜合症患者有密切接觸的人士，在隔離期間不得離港。衛生署也對曾與患者有家居接觸的人士進行家居隔離(《防止傳染病蔓延規例》第 11 條)。

四月

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 瑪嘉烈醫院暫停接收新的綜合症個案，包括由指定醫療中心所轉介的個案。
2003年4月12日(星期六)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 加拿大科學家排列出綜合症冠狀病毒的基因圖。 ◆ 衛生署開始每日公布在過去10天有綜合症病人入院留醫的大廈名單，並把該名單上載該署的網站。 ◆ 衛生署轄下指定醫療中心轉介的個案，以及來自仁濟醫院的綜合症病人，均被轉送到新界西聯網的屯門醫院。
2003年4月13日(星期日)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 衛生署主持與有關部門和機構舉行的會議，以制訂在機場為離境旅客量度體溫的細節。 ◆ 衛生福利及食物局局長會見醫管局的臨牀專家，討論綜合症的臨牀定義、治療方法和病人出院的準則。
2003年4月14日(星期一)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 衛生署把該署電話接聽中心的電話線增加至84條，以便公眾查詢與綜合症有關的事宜。 ◆ 基督教聯合醫院恢復通過急症室接收內科病人。瑪嘉烈醫院亦恢復接收該院受綜合症感染的員工入院。
2003年4月15日(星期二)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 政府修訂現行的《檢疫及防疫條例》(香港法例第141章)，授權衛生署量度抵港人士和離境人士的體溫，並禁止曾與綜合症患者接觸的人士離港。 [透過《2003年防止傳染病蔓延(修訂)規例》進行有關修訂] ◆ 衛生署開始與海外和本地的供應商聯絡，物色合適的紅外線熱能顯像系統。 ◆ 環境運輸及工務局局長探訪屯門醫院，檢討感染綜合症的环境因素。
2003年4月16日(星期三)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 雅麗氏何妙齡那打素醫院開始把非綜合症的內科病人轉送到醫管局轄下其他醫院。醫管局亦試行有關“由借調醫生處理綜合症病人”的訓練。
2003年4月17日(星期四)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 《2003年防止傳染病蔓延(修訂)規例》於憲報刊登— <ul style="list-style-type: none"> ○ 禁止綜合症患者、曾與綜合症患者接觸的人或綜合症帶菌者離開香港

四月

- 賦權獲授權的人員為抵港或離境人士量度體溫
- 賦權衛生主任或獲授權的醫生為有關人士進行身體檢查，以確定他們是否可能感染綜合症。
- ◆ 政府開始在機場向離境人士量度體溫。除非得到獲授權的醫生批准，有發燒的人不可登機。
- ◆ 政府公布淘大花園爆發疫症的調查結果，綜合症在 E 座垂直樓層擴散，主要是因為乾涸的 U 形聚水器、受污染的污水道、以及天井的上升氣流令液滴擴散，這幾種因素結合所致。
- ◆ 第一份《綜合症簡報》上載衛生福利及食物局和衛生署網頁，提供最新資料、統計數字、綜合症個案的流行病學研究、事態發展，以及健康指引。
- ◆ 粵港防治綜合症專家小組舉行首次會議(4月17日至18日在廣州舉行)。雙方同意－
 - 進一步改善通報機制和定期互通最新的資料
 - 在對口機關之間建立點對點的交流機制，加強雙方溝通並汲取對方在疾病控制方面的經驗
 - 擴大現有的傳染病資料交換範圍。
- ◆ 鑑於有安老院舍爆發綜合症，衛生署長者健康服務為安老院舍的經營者舉辦簡報會，講述感染控制指引和壓力管理。
- ◆ 瑪嘉烈醫院恢復接收仁濟醫院的綜合症病人。

2003 年 4 月 18 日(星期五)

- ◆ 衛生署負責率領由跨部門統籌委員會成立的多部門應變小組。如某幢大廈有兩名或以上居民在相距 10 天的期間證實或懷疑患上綜合症，或入院接受觀察，則會召集該小組到大廈進行調查。

2003 年 4 月 19 日(星期六)

- ◆ 政府舉行全民清潔保健行動日。

2003 年 4 月 20 日(星期日)

- ◆ 衛生署九龍區辦事處開始調查(九龍黃大仙區的公共屋邨)東頭邨興東樓的綜合症個案。

四月

[註：由衛生署率領的多部門應變小組亦進行了環境調查，其後並進行了殺滅疾病媒介的工作。除了最初報告的 6 宗綜合症個案外，未有出現其他的個案。]

- ◆ 醫管局總辦事處根據從廣東省臨牀專家在治理綜合症個案方面所汲取的教訓，舉辦一個名為“探討各醫院選用的不同感染控制方法”的經驗分享會。

2003 年 4 月 21 日(星期一)

- ◆ 衛生署副署長連同入境事務處和保安局的代表，會見深圳出入境檢驗檢疫局的人員，討論陸路邊境管制措施，以防止綜合症蔓延。
- ◆ 衛生署在 4 月 21 日至 5 月 2 日期間研製了一個專用電腦程式 - SARS-CCIS(中央個案及接觸者系統)，用以保存和更新有關個案和接觸者的中央資料庫；此外，可以為其他協助執行家居隔離措施的部門編製個案和接觸者的名單，而且，能以郵件合併程式發出家居隔離准許證。
- ◆ 醫管局總辦事處指派特定人員，負責處理由“心靈綠洲”熱線(一條為因綜合症爆發而承受壓力的員工而設的熱線)轉介而來的員工問題。

2003 年 4 月 22 日(星期二)

- ◆ 香港特別行政區行政長官和衛生福利及食物局局長與 3 名國際知名的專家會面，討論如何處理和控制綜合症疫情，包括研究和發展等議題 -
 - 美國艾倫戴蒙愛滋病研究中心主任兼科學總監何大一醫生
 - 前美國亞特蘭大疾病控制及預防中心主席高柏安醫生
 - 世界衛生組織美國合作中心主席 Robert Webster 醫生
- ◆ 中三及以上班級的學生開始復課。
- ◆ 衛生署、機電工程署、入境事務處、以及保安局代表訪問深圳清華大學研究院，物色用於邊境管制措施的紅外線體溫掃描器。
- ◆ 香港特別行政區行政長官探訪醫管局總辦事處，與行政和前線人員會面。醫管局亦擬定有關五珠蛋白／薩立多胺治療方案的研究常規。

四月

2003年4月23日(星期三)

- ◆ 政府宣布推行一套涉及 118 億港元的措施，紓緩綜合症對經濟造成的影響。

- ◆ 衛生署九龍區辦事處接獲明愛醫院通報，着手調查該院醫護人員的綜合症個案，追查曾與患者接觸的人士，並監察員工和曾接觸過患者的病人。該辦事處人員與感染控制護士討論，並就控制措施提供意見。

[註：源頭病人是一名可能在醫院以外感染綜合症的醫護人員。]

- ◆ 衛生署接獲通知，醫管局轄下非急症的大埔醫院有來自不同病房的 2 名員工和 15 名病人出現綜合症的症狀。

[註：這次爆發疫症共影響 37 人，包括 3 名員工、29 名病人、3 名探病人士和 2 名曾與綜合症患者有密切接觸的人士。]

- ◆ 環境運輸及工務局局長探訪瑪嘉烈醫院，檢討感染綜合症的環境因素，並提出和討論多項改善環境、環保和職業安全的措施。這些措施由環境運輸及工務局、建築署、環境保護署和機電工程署與醫管局合作制訂和推行。

- ◆ 政府為醫院職員提供首批位於一公共屋邨內的 500 個單位，作為臨時居所。

2003年4月24日(星期四)

- ◆ 政府開始在機場、羅湖和紅磡替過境和抵港旅客量度體溫。

- ◆ 政府代表出席在吉隆坡舉行的東盟及三國部長級會議，議定加強跨境管制和國際協作的措施。

- ◆ 伊利沙伯醫院通過綜合症網上電子資料庫，呈報浸信會醫院 6 樓一名登記護士因懷疑感染綜合症入院。衛生署九龍區辦事處展開調查，並追查和監察醫院員工和曾接觸患者的醫院病人。該辦事處又與感染控制護士討論，並就控制措施提供意見。

- ◆ 瑪嘉烈醫院恢復接收衛生署指定醫療中心轉介的綜合症個案；雅麗氏何妙齡那打素醫院則關閉其急症室。

四月

- | | |
|-----------------|--|
| 2003年4月25日(星期五) | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 家居隔離計劃的執行範圍擴大至包括與懷疑綜合症患者有家居接觸的人士。 ◆ 衛生署網頁上的綜合症個案大廈名單擴大至包括出現懷疑綜合症個案的大廈。 ◆ 醫管局決定從慈善基金撥出 10 萬元的特惠補助金，發放給因工感染綜合症而殉職的員工家人，並資助有關員工殮葬費。 |
| 2003年4月26日(星期六) | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 衛生福利及食物局局長召開會議，與醫管局、衛生署和社會福利署(社署)檢討為防止綜合症在安老院舍蔓延而實行的措施，並議定加強預防和支援工作。 ◆ 政府開始在沙頭角、文錦渡、落馬洲、尖沙咀中港碼頭和上環港澳碼頭替抵港旅客量度體溫。 ◆ 醫管局大會舉行特別會議，討論綜合症危機，並成立綜合症專責小組，由醫管局大會全體成員組成。 ◆ 一個到台北旅遊的香港旅行團的一名6歲女童因發燒入院，懷疑感染綜合症。台北衛生當局把旅行團隔離。 |
| 2003年4月27日(星期日) | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 世衛環境衛生小組抵港，協助衛生署深入調查住宅樓宇傳播綜合症的潛在環境因素。 ◆ 屯門醫院通知衛生署，該院的醫護人員感染綜合症。衛生署新界西區辦事處著手調查並與該院就處理這些個案進行初步討論。 |
| 2003年4月28日(星期一) | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 中學一、二年級學生復課。任何學校如出現懷疑或證實的綜合症個案，必須停課 10 天。 ◆ 屯門醫院通知衛生署，再有員工感染綜合症。衛生署新界西區辦事處與該院議定調查和處理計劃，合力控制疫情。

[註：經追查後，發現感染源頭為 2 名無典型表徵的病人。] ◆ 醫管局社區老人評估小組加強支援由醫院返回安老院的長者。 |

四月

- ◆ 社署和衛生署在周內探訪約 730 間安老院，確保各院已執行感染控制措施，並評估是否需要加強健康教育和指引。

2003 年 4 月 29 日(星期二)

- ◆ 政府與台北當局進一步溝通後，安排包機接載滯留台北的香港旅行團團員，包括有關女童及其親屬返港。回港後該名女童被送往仁濟醫院接受觀察，而所有團員則須接受家居隔離。該名女童後來確定並非綜合症患者。旅行團的家居隔離令亦因此撤銷。
- ◆ 香港特別行政區行政長官和衛生福利及食物局局長與世衛日內瓦總部的傳染病執行總監海曼醫生於曼谷的東盟及三國綜合症會議中舉行了雙邊會議。席上詳細介紹了香港控制綜合症的工作。
- ◆ 醫管局轄下的律敦治醫院準備接收急症室的綜合症病人。
- ◆ 醫管局的臨時、合約兼職僱員，以及實習醫生如因工感染綜合症，放病假期間領取的薪酬將由全薪的 4/5 增至全薪。

2003 年 4 月 30 日(星期三)

- ◆ 醫管局行政總裁復職。
- ◆ 醫管局開設內部職員意見熱線。

五月

- | | |
|----------------|---|
| 2003年5月1日(星期四) | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 瑪嘉烈醫院恢復接收明愛醫院的綜合症個案。 |
| 2003年5月2日(星期五) | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 衛生福利及食物局局長與世衛派往廣東的綜合症專家小組成員伊文思(Meirion Evans)醫生會面，就香港控制綜合症所推行的公共衛生措施交換意見。 ◆ 浸信會醫院通知衛生署院內第二次爆發綜合症。衛生署九龍區辦事處繼續在浸信會醫院進行調查，並追查曾與患者接觸的人士。
[註：該院是在四月中第二次爆發綜合症。感染的源頭是兩名據報未曾與患者有接觸的病人。醫院董事局其後就院方管理層對疫症的處理進行了獨立調查。] ◆ 衛生署亦聯絡香港醫學會，希望該會支持到診醫生計劃，減少安老院長者入住醫院的數目。 ◆ 醫管局大會舉行首次專責小組會議，並成立3個執行性專責小組，分別是感染控制、物料供應及環境控制，以及醫學療法。 ◆ 醫管局進一步決定，向在綜合症或綜合症集中護理病房工作的職員提供每兩星期至少一天的額外特別休假。各聯網管理層可彈性地作出員工休假安排。 |
| 2003年5月3日(星期六) | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 香港特別行政區行政長官到訪醫管局總辦事處，與醫管局處理和控制綜合症的專家會面。 ◆ 廣東省中醫院兩名中醫藥專家到港，就採用中醫藥治療綜合症病人向醫管局提供意見。 |
| 2003年5月4日(星期日) | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 一艘載有10名患病船員的馬來西亞註冊貨輪進入本港水域。政府各部門採取聯合行動，把患病船員送往瑪嘉烈醫院接受檢查。檢查後發現並無船員患上綜合症。所有船員可以離開。 ◆ 醫管局舉辦一個名為“探討綜合症的治療方法——中醫藥、現代醫學和綜合療法”的研討會。 |

五月

2003年5月5日(星期一)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 政府宣布由政務司司長率領一個跨局、跨部門的專責小組，即“全城清潔策劃小組”，以改善本港的環境衛生。 ◆ 政府宣布，財政司司長會領導振興經濟專責小組，待世衛解除對香港的旅遊警告後，立即以預留的10億港元展開宣傳香港的活動。 ◆ 政府宣布，衛生福利及食物局局長會研究成立一個類似疾病控制及預防中心的組織，為日後爆發傳染病作出更好的準備。政府進一步宣布，設立總額達5億港元的研究基金，以鼓勵、協助和支援與綜合症和其他傳染病有關的研究工作。 ◆ 香港賽馬會慈善信託基金承諾撥款5億港元，以資助政府成立一個類似疾病控制及預防中心的組織，並贊助各項專業訓練和公眾教育活動。
2003年5月6日(星期二)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 衛生福利及食物局局長和衛生署署長與世衛日內瓦總部舉行視像會議，提供綜合症疫情的最新資料，並且在處理和控制方面交換意見。 ◆ 衛生福利及食物局局長與美國衛生部長舉行視像會議，討論香港最新的綜合症疫情，以及在綜合症研究和疾病控制方面的合作。 ◆ 醫管局大會舉行第二次專責小組會議，並探訪東區尤德夫人那打素醫院。醫管局亦開始為感染綜合症但已康復出院的同事上門派送“心靈資糧”。
2003年5月7日(星期三)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 位於沙田區的公共屋邨瀝源邨榮瑞樓出現3個來自兩個單位的個案，多部門應變小組到現場展開調查。 <p data-bbox="644 1570 1334 1641">[註：最終總共發現12宗證實個案。然而，小組未有發現任何證據顯示這次爆發涉及環境因素。]</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 衛生署發信提醒私家醫院須緊守嚴格的感染控制措施和即時作出通報的規定。 ◆ 醫管局大會探訪基督教聯合醫院和將軍澳醫院。
2003年5月8日(星期四)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 政府接收由中央政府送出的第一批個人防護裝備。
2003年5月9日(星期五)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 醫管局大會舉行第三次專責小組會議，並探訪伊利沙伯醫院。

五月

2003年5月10日(星期六)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 衛生署在部分地鐵站舉辦一連串關於有效預防綜合症的巡迴展覽。 ◆ 醫管局大會探訪威爾斯親王醫院。
2003年5月12日(星期一)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 衛生福利及食物局局長和衛生署署長與世衛日內瓦總部舉行另一次視像會議，進一步滙報香港最新的綜合症疫情。 ◆ 小學和特殊學校小四及以上班級的學生復課(弱智兒童學校除外)。 ◆ 環境運輸及工務局局長探訪瑪麗醫院，檢討感染綜合症的环境因素。 ◆ 醫管局發出通告，邀請普通科醫生出任義務到診醫生，參與社區老人評估小組的一項計劃，以加強對安老院的支援。
2003年5月13日(星期二)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 多部門應變小組加強積極的環境淨化措施，把行動範圍由出現兩宗或以上證實感染綜合症個案的大廈，擴大至出現一宗證實感染綜合症個案的大廈。 ◆ 醫管局大會舉行第四次專責小組會議。
2003年5月14日(星期三)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 明愛醫院通知衛生署，一名在早前爆發疫症的病房工作並住在護士宿舍的醫護人員感染綜合症。衛生署九龍區辦事處從醫院的病人和臨牀醫生取得資料，追查與患者接觸的人士和監察該病房的所有病人和宿舍住客。此外，該辦事處人員與感染控制護士討論，並就控制措施提供意見，包括為護士宿舍消毒，以及向病人的同房實施家居隔離。 ◆ 醫管局大會探訪瑪麗醫院。 ◆ 環境運輸及工務局局長探訪威爾斯親王醫院，檢討感染綜合症的环境因素。
2003年5月15日(星期四)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 中國科學院代表團訪港，就綜合症的科學和醫療發展，與政府、醫管局和學術界交換意見。 ◆ 醫管局大會探訪瑪嘉烈醫院。

五月

2003年5月16日(星期五)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 世衛公布淘大花園爆發綜合症的調查結果，與香港政府早前的報告結果吻合，認為淘大花園的疫症是由於一連串獨特的環境因素和衛生事件同時出現而引發。 ◆ 大學教育資助委員會研究資助局特別增撥1,200萬港元，支持綜合症的研究工作，其中1,000萬港元作特別項目基金，同時中大及港大醫學院各獲100萬港元撥款。 ◆ 政府將量度體溫的措施擴展至由中港碼頭和港澳碼頭出境的旅客。 ◆ 醫管局大會舉行第五次專責小組會議，並決定成立檢討委員會，評估公立醫院系統在處理綜合症事件方面的表現。 ◆ 環境運輸及工務局局長探訪雅麗氏何妙齡那打素醫院和大埔醫院，檢討感染綜合症的環境因素。
2003年5月17日(星期六)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 衛生福利及食物局局長主持該局專責小組第七次會議，審核綜合症個案的化驗結果和診斷－ <ul style="list-style-type: none"> ○ 得悉在現行個案定義下屬綜合症的一些個案中，冠狀病毒的化驗結果呈陰性 ○ 議定設立資料庫，匯集綜合症個案的臨牀、化驗和流行病學資料。 ◆ 醫管局大會探訪雅麗氏何妙齡那打素醫院和大埔醫院。 ◆ 醫管局與無國界醫生的代表會晤，討論綜合症的感染控制措施。
2003年5月19日(星期一)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 衛生福利及食物局局長出席在日內瓦舉行的世界衛生大會，並與加拿大、愛爾蘭、英國及芬蘭的衛生部部長舉行雙邊會議。 ◆ 小學三年級和以下的學生復課(包括弱智兒童學校)。 ◆ 加拿大公安部部長率團訪問醫管局，就綜合症的疫情交換意見。
2003年5月20日(星期二)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 醫管局大會舉行第六次專責小組會議。
2003年5月21日(星期三)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 政府開始在本港火車站為離港的乘客量度體溫。

五月

2003年5月23日(星期五)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 世衛撤銷對香港的旅遊警告。 ◆ 醫管局大會探訪廣華醫院。
2003年5月24日(星期六)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 傳媒報道港大與深圳疾病控制中心的合作研究，在果子狸身上發現冠狀病毒。衛生署向北京衛生部查詢研究細節。香港暫停入口源自果子狸的野味肉類，作為預防措施。 ◆ 衛生署接報北區醫院有一名醫護人員感染綜合症。衛生署新界東區辦事處與該院一起展開調查，並追查曾與患者接觸的人士。 <p>[註：這次爆發最終共有4名員工、11名病人，以及3名與患者有密切接觸的人士受到傳染。感染的源頭追溯至2名無典型表徵的病人。]</p>
2003年5月25日(星期日)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 新界東醫院聯網宣布，雅麗氏何妙齡那打素醫院急症室恢復有限度服務。
2003年5月26日(星期一)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 衛生署得悉有另一名居住在明愛醫院護士宿舍的護士感染綜合症。該署採取行動，把該護士宿舍受影響樓層的所有住客隔離。 ◆ 醫管局決定，在2003年6月入職的實習醫生均須接受感染控制方面的訓練。 ◆ 衛生福利及食物局、衛生署、醫管局和社署的人員會見香港醫學會的代表，討論為安老院招募更多到診醫生。
2003年5月27日(星期二)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 衛生署副署長與保安局和入境事務處的代表訪問深圳，進一步商討邊境管制措施。 ◆ 醫管局大會舉行第七次專責小組會議。 ◆ 醫管局大會訪問明愛醫院。
2003年5月28日(星期三)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 政府公布嚴重急性呼吸系統綜合症專家委員會的成員名單；該委員會負責檢討本港處理和控制綜合症的工作。 ◆ 政府的“全城清潔策劃小組”公布改善本港環境衛生和清潔的策略和措施。 ◆ 衛生署會見旅遊及酒店業、旅遊事務署和旅遊發展局的代表，討論有關促請旅客注意衛生的計劃。

五月

- ◆ 醫管局大會探訪屯門醫院。
- ◆ 醫管局開始為轄下各聯網的醫護支援人員舉行 17 節有關感染控制的訓練課程(5 月 28 日至 6 月 19 日)。

2003 年 5 月 29 日(星期四)

- ◆ 政府接收中央政府送出的另一批醫療物資。
- ◆ 粵港兩地專家在香港舉行第二次會議(5 月 29 至 30 日)，而成員方面加入了澳門的專家。三地專家同意—
 - 把現時粵港之間的通報機制和點對點交流機制擴大至包括粵港澳三地
 - 加強傳染病的訊息網絡，並安排專家互訪
 - 探討和研究傳染病的特性，作為建設收治傳染病患者醫療設施的依據和指標
 - 加強感染控制和綜合症臨牀治療數據分析的交流
 - 擴大須作出通報的傳染病名單
 - 進一步加強科研合作，並設立專家及技術人員互訪計劃
 - 進一步加強在中西醫結合治療傳染病方面的交流和合作。

2003 年 5 月 30 日(星期五)

- ◆ 醫管局公布其檢討委員會的成員名單。
- ◆ 政府展開計劃，向世界各地宣揚香港是個安全的旅遊勝地。
- ◆ 醫管局大會舉行第八次專責小組會議。

2003 年 5 月 31 日(星期六)

- ◆ 衛生署為訪港旅客，以及接待外地旅客參加香港遊的領隊和導遊，擬備疫症過後的健康指引。

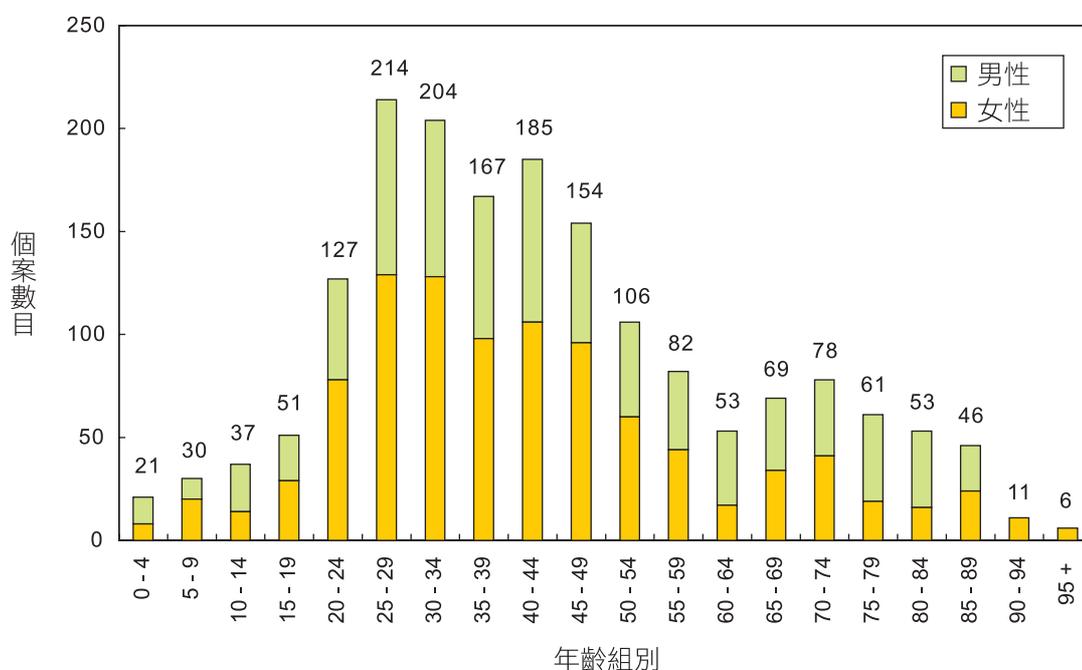
六月

2003年6月1日（星期日）	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 衛生福利及食物局常任秘書長和衛生署副署長出席於北京舉行的中國與東盟國家出入境檢疫管理會議。 ◆ 衛生署加強推廣健康旅遊，把該署為旅客和領隊而設的綜合症熱線運作時間延長（由上午七時至晚上十時）。
2003年6月3日（星期二）	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 多部門應變小組進一步加強環境淨化工作，行動範圍擴大至只有出現一宗懷疑綜合症個案的大廈。
2003年6月5日（星期四）	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 美國亞特蘭大疾病控制及預防中心調低對香港旅遊警告的級別。 ◆ 衛生署為外遊人士、負責海外旅行團的領隊及導遊擬備疫症過後的健康指引。
2003年6月6日（星期五）	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 衛生署與旅遊及酒店業人士、旅遊事務署、旅遊發展局舉行會議，商討如何推行促請旅客注意衛生的計劃。 ◆ 醫管局大會舉行第九次專責小組會議－ <ul style="list-style-type: none"> ○ 檢討隔離設施 ○ 討論向感染綜合症員工發放援助金 ○ 匯報中央政府供應個人防護裝備的情況。
2003年6月9日（星期一）	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 政府成立一個由政府部門及醫管局代表組成的工作小組，研究增加公立醫院隔離設施的不同方案。 ◆ 醫管局「非典型肺炎」檢討委員會開始運作。
2003年6月10日（星期二）	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 醫管局為新入職實習醫生開展感染控制培訓課程。
2003年6月11日（星期三）	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 呈報最後一宗證實綜合症個案。 [註：病人已於6月2日入院及接受隔離。]
2003年6月12日（星期四）	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 綜合症專家委員會邀請公眾就綜合症疫情提交意見書。 ◆ 醫管局「非典型肺炎」檢討委員會邀請公眾提交意見書，供委員會考慮。

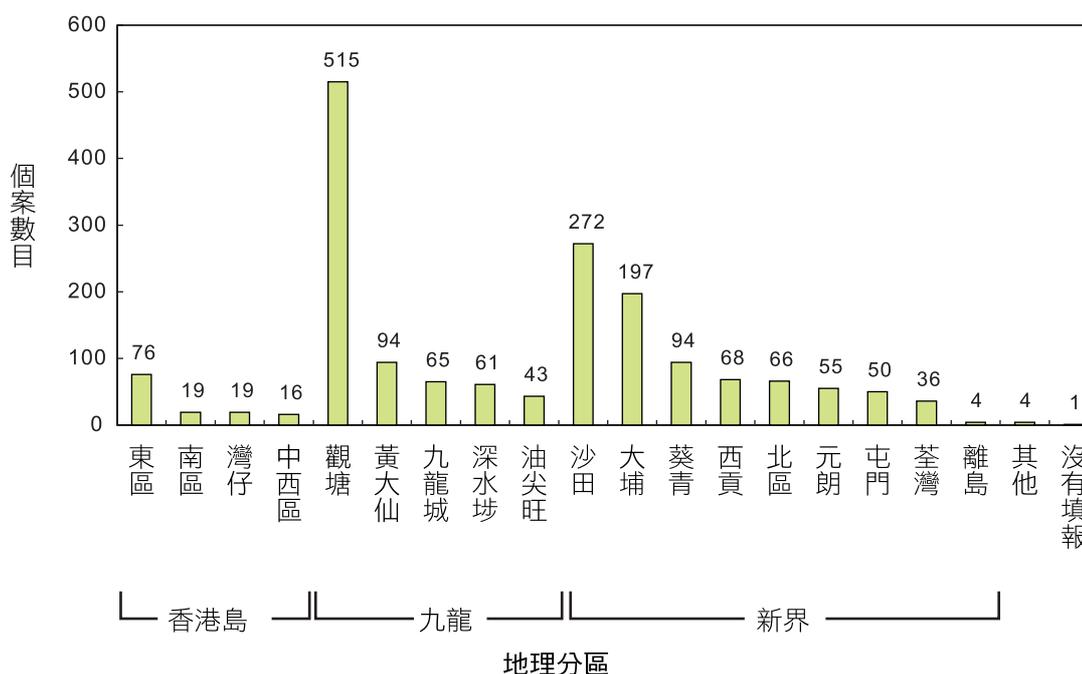
六月

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 衛生署在 2003 年 6 月 12 日至 20 日期間，就預防綜合症為旅遊業界(旅遊發展局、旅行社、領隊及導遊)舉辦了 6 場簡介會。
2003 年 6 月 13 日 (星期五)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 世衛和衛生福利及食物局在本港聯合舉辦一個為期兩天的綜合症臨牀診治工作坊。 ◆ 衛生署透過社署就預防綜合症向安老院舍發出修訂指引。 ◆ 醫管局大會舉行第十次專責小組會議－ <ul style="list-style-type: none"> ○ 向因工感染綜合症而殉職的員工家人發放額外款項 ○ 匯報溝通策略工作小組的工作情況。
2003 年 6 月 15 日 (星期日)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 世衛傳染病執行總監海曼醫生來港訪問，與社區領袖就綜合症的處理交換意見。
2003 年 6 月 16 日 (星期一)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 醫管局九龍西醫院聯網宣布分階段恢復所有臨牀服務，包括黃大仙醫院由 6 月 16 日起恢復胸肺科服務，瑪嘉烈醫院由 6 月 28 日起恢復所有臨牀服務，包括急症室服務。
2003 年 6 月 17 日 (星期二)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 政府官員參與了世衛在馬來西亞吉隆坡舉行的國際綜合症大會。衛生署署長代表香港主持了其中一節關於日後預防綜合症的策略的討論。
2003 年 6 月 19 日 (星期四)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 世衛總幹事布倫特蘭醫生來港訪問，與高層政府官員就綜合症問題交換意見。
2003 年 6 月 21 日 (星期六)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 醫管局透過聯網總監及醫院行政總監，發信提醒全體員工－ <ul style="list-style-type: none"> ○ 全體員工務必保持警覺，注意健康狀況及每日量度體溫 ○ 維持現行感染控制及預防措施的水平，並保持高度警惕，識別和匯報可能是綜合症的個案。
2003 年 6 月 23 日 (星期一)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 世衛將香港從綜合症疫區的名單上除名，宣布香港的綜合症疫情已經結束。

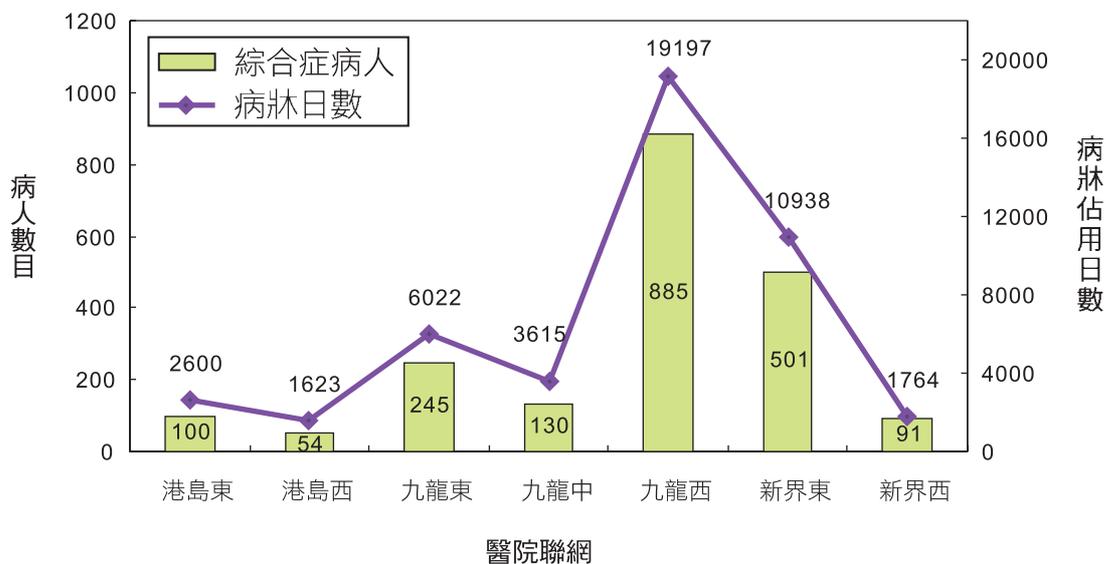
(一) 按年齡及性別劃分的綜合症個案數目



(二) 按地理分區劃分的綜合症個案數目

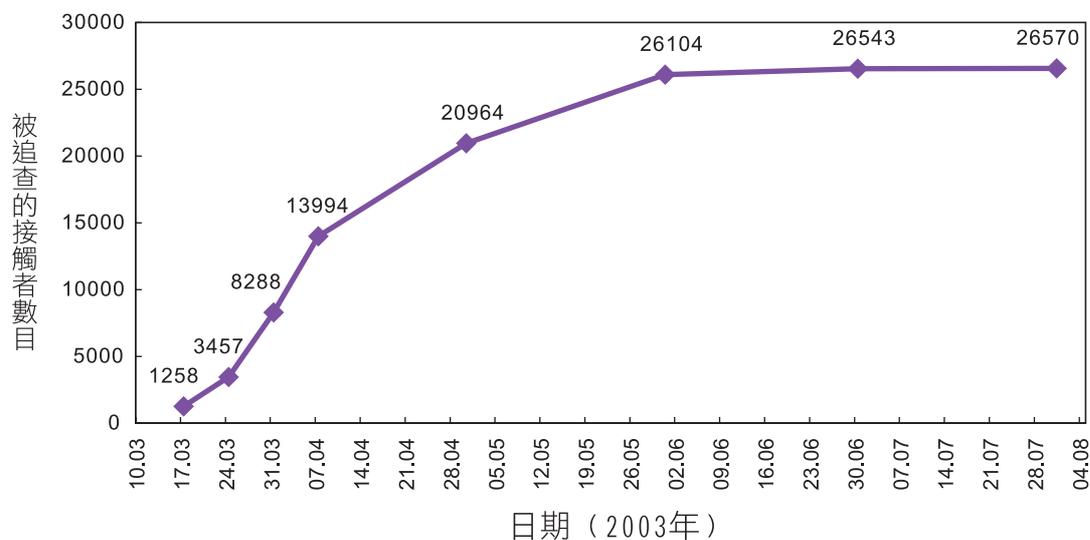


(三) 截至 2003 年 8 月 3 日為止，按醫院聯網劃分的接受治療綜合症個案數目及其醫院病牀佔用日數



註：由於有病人轉院的關係，所以病人總數超過 1755。

(四) 被追查的接觸者數目



(五) 截至 2003 年 9 月 7 日為止，在出入境管制站檢查的人士及證實受感染個案的數目

(a) 健康申報

作出申報的旅客數目	申報不適的旅客數目	需轉介醫院的旅客數目	需入院的旅客數目	證實感染綜合症的個案數目
3560 萬	3095	171	43	2

(b) 體溫檢查

曾受檢查的旅客數目	有發燒的旅客數目	需轉介醫院的旅客數目	需入院的旅客數目	證實感染綜合症的個案數目
3630 萬	1921	286	40	0

(六) 截至 2003 年 9 月 7 日為止，曾受家居隔離措施影響的人士及住戶數目

曾受隔離的住戶數目	曾受隔離的人士數目	需轉介醫療機構的個案數目	證實感染綜合症的個案數目
493	1262	89	34

三月

2003年3月12日(星期三)

世界衛生組織

- ◆ 病原體
不詳。河內、香港的疫情與2003年2月19日接報爆發的香港甲型流行性感冒(H5N1)並未有連繫。[新聞公告]
- ◆ 臨牀病徵
河內疫症的病徵與症狀包括初期感冒病類的徵狀(忽發高燒,隨即肌肉疼痛、頭痛和喉嚨發炎)。部分病例會進一步出現兩邊肺發炎,繼而變成急性呼吸困難,並需要輔助呼吸。初期化驗結果會發現有血小板減少和白血球減少等。[新聞公告]
- ◆ 隔離和預防措施
建議隔離可能與河內和香港疫情有關的非典型肺炎病人,並以防護護理的方式護理。[新聞公告]
- ◆ 傳播
這種病症似乎只局限於醫院環境,最易受感染的人似乎是照顧病人的員工。[新聞公告]

2003年3月15日(星期六)

世界衛生組織

- ◆ 個案定義
懷疑個案
任何人在2003年2月1日後出現以下病歷：
 - 發高燒(>攝氏38度);及
 - 有一種或以上的呼吸系統感染症狀,包括咳嗽、氣促、呼吸困難;及
 - 出現以下一種或以上的情況:曾與診斷為染上綜合症的人士密切接觸*,或最近到過據報有綜合症的地區旅行。
- 可能個案
懷疑個案的胸肺X光片顯示肺炎或呼吸窘迫綜合症;或

三月

任何人由於原因不明的呼吸系統疾病致死，屍體剖驗顯示病理上有呼吸窘迫綜合症，但病源不明。

* 密切接觸是指曾照顧綜合症患者、與其同住，或曾直接接觸其呼吸分泌物和體液。[新聞公告]

◆ 臨牀病徵

除發燒和呼吸系統症狀外，綜合症亦可能出現其他症狀，包括頭痛、肌肉僵硬、胃口欠佳、身體不適、神智不清、出疹和腹瀉。[新聞公告]

◆ 隔離和預防措施

應隔離綜合症病人，並採用防護護理。[新聞公告]

◆ 治療

應按臨牀徵象來治療綜合症病人。[新聞公告]

2003年3月16日(星期日)

世界衛生組織

◆ 個案定義

懷疑個案

任何人在2003年2月1日後出現以下病歷：

- 發高燒(>攝氏38度)；及
- 出現一種或以上的呼吸系統感染症狀，包括咳嗽、氣促、呼吸困難；及
- 出現以下一種或以上的情況：在出現症狀前10天內，曾與診斷為染上綜合症的人士密切接觸*；或
- 在出現症狀前10天內，曾到過據報有綜合症傳播的地區。

可能個案

懷疑個案的胸肺X光片顯示肺炎或呼吸窘迫綜合症的症狀；或

懷疑個案因染上原因不明的呼吸系統疾病致死，屍體剖驗顯示病理上有呼吸窘迫綜合症，但沒有明確的病源。

三月

* 密切接觸是指曾照顧綜合症患者、與其同住，或直接接觸其呼吸分泌物和體液[《每周流行病學記錄》(78)12;81-88]

◆ 隔離和預防措施

建議為患者實施吸呼系統隔離，並嚴格執行有關呼吸系統和黏膜的防護護理。[最新情況]

◆ 傳播

多數個案涉及曾與其他患者有非常密切接觸的人士，超過 90% 的個案屬是醫護人員。傳播途徑尚未確定。可能經體液氣霧及 / 或飛沫傳播。[最新情況]

2003 年 3 月 17 日(星期一)

世界衛生組織

◆ 傳播

疾病經人與人接觸傳播，但只限於與患者密切接觸。差不多所有接報患者都是曾直接照顧患者的醫護人員，或曾與患者有密切接觸的人士，如家人。沒有證據顯示疾病經普通接觸傳播。[最新情況]

2003 年 3 月 19 日(星期三)

美國亞特蘭大疾病控制及預防中心

◆ 個案定義

懷疑個案

在 2002 年 2 月 1 日後出現，且病因不詳的呼吸系統疾病，以及出現以下情況—

- 有記錄證實體溫 > 攝氏 38 度
- 出現一種或以上的呼吸系統疾病症狀(例如：咳嗽、氣促、呼吸困難或 X 光片顯示肺炎或急性呼吸窘迫綜合症)
- 在出現症狀前 10 天內，與正接受調查或懷疑染上綜合症的人士有密切接觸*；或已出現有關症狀，並曾前往世衛界定為已證實傳播綜合症地區的人士密切接觸

* 指曾照顧懷疑綜合症患者、與其同住，或直接接觸其呼吸分泌物及 / 或體液。[《疾病及死亡每周報告》(MMWR)52(11);226-228]

三月

世界衛生組織

◆ 病原體

德國和香港兩間化驗所的研究小組，均從綜合症患者所抽取的化驗樣本內，發現屬於副黏液病毒的粒子。對病原體的類別作出肯定的結論尚屬言之過早。以往進行的化驗均無發現已知會引起呼吸系統疾病的細菌和病毒，顯示病原體極可能是新品種。[最新情況]

2003年3月21日(星期五)

世界衛生組織

◆ 病原體

該病原體與副黏液病毒的形態類似。不過，科學家不能確定病毒是新的副黏液病毒或是病理相近的另一種病毒。[最新情況]

美國亞特蘭大疾病控制及預防中心

◆ 臨牀病徵

截至2003年3月19日，世界各地報知的病人中，潛伏期一般為3至5天(幅度：2至7天不等)。這種病症的特徵是忽發高燒、肌肉疼痛、發冷、顫慄及喉嚨痛，接着會氣促、咳嗽及放射檢查顯示肺炎。化驗結果包括血小板減少及白血球減少。不少病人都因為呼吸困難或嚴重肺炎而須留醫，部分甚至需要儀器輔助呼吸。[MMWR 52(11);226-228]

世界衛生組織

◆ 臨牀病徵

綜合症的潛伏期一般為2至7天，但也可能長達10天。發病之初，通常會有發燒(>攝氏38度)的前兆，並且往往是發高燒，有時亦會同時出現發冷和顫慄、頭痛、不適和肌肉疼痛。部分個案在初期會有輕微的呼吸系統症狀。一般而言，並不會出現皮疹及神經系統和胃腸科的症狀，但據報少數病人在發燒的前兆期間曾有腹瀉。3至7天後便進入下呼吸系統期，開始出現沒有痰的乾咳，或同時/隨後出現與血氧過低的呼吸困難。10至20%的個案嚴重至須接受插管治療和儀器輔助呼吸。可能和懷疑個案的死亡率約為3%。病發初期，淋巴細胞數會下降，

三月

白血球數則大致保持正常或有所下降。呼吸系統症狀最嚴重時，多至半數病人會出現白血球減少和血小板減少。此外，肌酸磷酸激酶和肝轉氨酶的數值會上升。大部分病人的腎功能維持正常。[初步綜合症的臨牀情況]

美國亞特蘭大疾病控制及預防中心

◆ 隔離和預防措施

評估懷疑個案的臨牀人員須採取標準的預防措施(例如手部清潔)，以及空氣(例如 N95 口罩)和接觸(例如防護袍和手套)方面的預防措施。在更明確界定傳播途徑之前，與病人有任何接觸時，須戴上保護眼睛的裝備。[MMWR 52(11); 226-228]

世界衛生組織

◆ 隔離和預防措施

決定讓病人出院的準則

- 連續 48 小時沒有發燒
- 咳嗽症狀正在消退
- X 光片顯示的肺部病變正在好轉
- 以下各項正在恢復正常水平(如先前為異常)
 - 白血球數
 - 血小板數
 - 磷酸肌酸激酶
 - 肝功能檢驗
 - 血漿鈉
 - C 反應蛋白

個案跟進

已出院病人應

- 每日監察和記錄體溫兩次
- 留在家中 7 天
- 一周後覆診
- 發病 3 周後接受康復期血清測試

三月

[世衛就已診斷為綜合症病人制訂的醫院出院和跟進政策]

- ◆ 隔離和預防措施

建議曾與接報患者有密切接觸的所有醫護人員和訪客採取呼吸系統疾病預防和隔離護理措施

[[《每周流行病學記錄》(78)12;81-88]

- ◆ 治療

最有效的治療方法(如有的話)仍然不詳。[初步綜合症的臨牀情況]

- ◆ 治療

臨牀情況並未因使用抗生素而有所改善。香港重症病人，可能因處方靜脈注射抗病毒藥物利巴韋林和高劑量的皮質類固醇，臨牀情況得到改善。此外，不論有否使用抗病毒藥物，提供深切治療和妥善的支援治療，也令病情結果有所改善。[[《每周流行病學記錄》(78)12;81-88]

2003年3月22日(星期六)

美國亞特蘭大疾病控制及預防中心

- ◆ 個案定義

懷疑個案

在2003年2月1日以後發病而在病源學上病因不詳的呼吸系統疾病，並須符合以下準則－

- 體溫 > 攝氏 38 度
- 出現一種或以上的呼吸系統疾病臨牀症狀(如咳嗽、呼吸急速、呼吸困難、缺氧，或放射檢查顯示肺炎或急性呼吸窘迫綜合症)
- 在出現症狀的前10天內，曾前往發現懷疑或證實社區傳播綜合症的地區(但不包括只限於醫護人員，或曾與患者有直接家居接觸人士等第二重個案的地區)；或
- 在出現症狀的前10天內，曾與到過綜合症疫區並患上呼吸系統疾病的人，或與正接受診斷或懷疑患上綜合症的人有密切接觸*。

三月

* 指曾照顧懷疑綜合症患者、與其同住，或直接接觸其呼吸分泌物及／或體液[MMWR 52(12);241-248]

◆ 病原體

化驗分析已從懷疑或可能綜合症病人中，發現一種從未見過的冠狀病毒。這種新的冠狀病毒，是從兩名泰國和香港的懷疑綜合症病人的臨牀樣本的 Vero E6 細胞中分辨出來。排序分析顯示，這種新的病原體，與其他已知的冠狀病毒不同。其他參與世衛調查工作的化驗所，亦發現類似結果，也從部分懷疑綜合症病人中，分辨出一種不同的病毒，即人類偏肺病毒。資料不足以斷定這兩種病毒在綜合症的病因上的角色。[MMWR 52(12); 241-248]

世界衛生組織

◆ 病原體

香港大學一組科學家宣布，成功培養出疫症的病毒病原體。與此同時，加拿大的研究人員發表研究結果，表示病原可能是屬副黏液病毒科的偏肺病毒。不能排除疫症是由另一科病毒中一種完全不同的病毒引發的。[最新情況]

2003 年 3 月 25 日(星期二)

世界衛生組織

◆ 傳播

正對據報綜合症可能在一班航機上傳播展開調查。由於乘客在航機上可能坐在受感染的人士附近，因而可能有“密切”接觸，因此不能排除這個傳播途徑。證據顯示疾病在飛行中傳播極不尋常。[最新情況]

2003 年 3 月 26 日(星期三)

世界衛生組織

◆ 病原體

研究的焦點逐漸集中在冠狀科病毒上，但科學家亦同時研究副黏液病毒和其他科的病毒，務求盡量擴闊研究的涵蓋面，以尋找綜合症的源頭。很多科學家認為，明確找出病原體後便可以作快速研制診斷測試。這個網絡內的專家亦正研究一個理論，指綜合症是因同時感染兩種新病毒所致，而兩種病毒需互相依賴，才能使人類感染嚴重疾病。當前的證據有力指出，有

三月

一種甚或兩種前所未見的病毒，導致人類受到感染或引起嚴重疾病。

各項假設包括：一種已知能在動物宿主身上致病的病毒跨越了不同品種之間的界限，因而感染人類；或一種已知的人類病毒變種，新的特性能在人體引起更嚴重的疾病。不過，越發使人肯定綜合症是一種新的嚴重疾病，由新發現的病原體引起。[最新情況]

2003年3月28日(星期五)

美國亞特蘭大疾病控制及預防中心

◆ 病原體

雖然病原體尚未得到證實，但化驗數據顯示病原體可能是一種偏肺病毒或冠狀病毒。偏肺病毒(即包膜單鏈型核糖核酸病毒)的感染個案以往會引致呼吸系統疾病，但引發的嚴重疾病宗數比綜合症少。冠狀病毒屬包膜單鏈型核糖核酸病毒，可傳染人和動物。[MMWR 52(12);241-248]

◆ 隔離和預防措施

感染控制方面的建議須包括防止從空氣、飛沫和接觸病毒傳播的措施。[MMWR 52(12); 241-248]

◆ 傳播

仍不清楚綜合症的傳播模式。從大多數個案(即與綜合症有家居接觸的人士和醫護人員)所報稱的接觸方式來看，似乎經飛沫和接觸感染是最主要的傳播途徑。M酒店和某些醫院的疫症爆發中有個案涉及情況嚴重的病人，顯示是經空氣或傳病媒介傳播。

冠狀病毒能在環境表面生存長達3小時，並可以藉着飛沫、手部污染、傳病媒介和細小的懸浮微粒在人與人之間傳播。[MMWR 52(12); 241-248]

2003年3月31日(星期一)

同業檢討期刊

◆ 病原體

仍不清楚綜合症在微生物學上的病源，沒有證據顯示是由肺炎支原體、肺炎衣原體或退伍軍人症桿菌感染。

三月

[資料取材自 2003 年 3 月 31 日載於 www.nejm.org 的 10 宗在流行病學上相關個案] [《新英倫醫學期刊》(NEJM)348(20);1977-1985]

◆ 病原體

化驗調查結果均呈陰性反應，又或在臨牀方面重要性不大；不過，在 9 個病人的呼吸系統樣本中，能擴增 5 個樣本的人類偏肺病毒，以及有 5 個能分辨並擴增一種新冠狀病毒。當中，有 4 宗個案能同時分辨這兩種病原體。這兩種病毒的角色並不清楚，須進一步調查。

[資料取材自 2003 年 3 月 31 日載於 www.nejm.org 的 10 宗加拿大個案] [NEJM 348(20);1995-2005]

◆ 臨牀病徵

潛伏期由 2 至 11 天不等。多數病人在接觸患者後 2 至 5 天出現症狀。

所有病人均有發燒(>攝氏 38 度持續超過 24 小時)，而多數病人亦出現顫慄、乾咳、呼吸困難、不適、頭痛和血氧過少等症狀。檢查肺部時，發現肺部有捻發音和叩診濁音的情況。9 名病人的淋巴細胞減少，而多數病人的轉氨酶水平輕微上升，但血清肌酸酐則維持正常。連串的胸部放射照片顯示累進性氣腔疾病。初步電腦斷層掃描顯示的異常情況主要是胸膜下端局部實質化，出現空氣支氣管圖現象和毛玻璃狀陰影。兩名病人死於累進性呼吸系統衰竭，肺部組織分析顯示彌漫肺泡損傷。

[資料取材自在 2003 年 3 月 31 日載於 www.nejm.org 的 10 宗在流行病學上相關個案] [NEJM 348(20);1977-1985]

◆ 臨牀病徵

最常見的主要症狀為發燒(100%)和不適(70%)，接着出現無痰乾咳(100%)、呼吸困難(80%)，以及胸部放射照片顯示有浸潤情況(100%)。淋巴細胞減少(佔有數據個案的89%)、乳酸脫氫酶含量上升(80%)、天門冬氨酸轉氨酶含量上升(78%)，以及肌酸肝激酶含量上升(56%)等也是常見症狀。

三月

5名病人須靠儀器輔助呼吸。3名病人死亡，5名病人的臨牀情況已見改善。高齡和吸煙可能是導致更嚴重綜合症的風險因素。

[資料取材自 2003 年 3 月 31 日載於 www.nejm.org 的 10 宗加拿大個案] [NEJM 348 (20);1995-2005]

◆ 傳播

只有曾與患者有密切接觸的人(例如同住的人、醫護人員或沒有得到在接觸或呼吸系統疾病預防措施保護的病人)才會被傳染。據觀察有關模式所得，顯示病毒是經由飛沫或接觸傳播。

[資料取材自 2003 年 3 月 31 日載於 www.nejm.org 的 10 宗加拿大個案] [NEJM 348 (20);1995-2005]

◆ 治療

β - 內醯胺與大環內酯綜合療法並無帶來臨牀反應。混合使用高劑量皮質類固醇和利巴韋林的治療經驗則取得臨牀改善。

[資料取材自 2003 年 3 月 31 日載於 www.nejm.org 的 10 宗在流行病學上相關個案] [NEJM 348(20);1977-1985]

◆ 治療

在7名以利巴韋林醫治的病人當中，有5人的病情在治療後已見好轉，但這些病人曾使用一系列的治療藥物，因此不清楚臨牀成效是否與使用利巴韋林有關。成人呼吸窘迫綜合症並無既定的療法，一般會用儀器輔助呼吸等支援治療。輔助綜合症患者呼吸的最佳方法仍然不詳，但似乎理應採用已證明可降低成人呼吸窘迫綜合症患者死亡率的保護肺部策略。

[資料取材自 2003 年 3 月 31 日載於 www.nejm.org 的 10 宗加拿大個案] [NEJM 348 (20);1995-2005]

四月

2003 年 4 月 1 日(星期二)

世界衛生組織

◆ 個案定義

懷疑個案

任何人在 2002 年 11 月 1 日後出現以下病歷：

- 發高燒(>攝氏 38 度)；以及
- 咳嗽或呼吸困難；以及
- 在出現病徵前 10 天內曾有以下一項或以上的接觸：
 - 與綜合症懷疑或可能個案的人士有密切接觸；或
 - 曾到過受感染地區
 - 居於受感染地區

可能個案

如懷疑個案肺部放射檢查顯示出現與肺炎或呼吸窘迫綜合症一致的浸潤情況；或

如懷疑個案屍體剖驗結果顯示出現與呼吸窘迫綜合症一致的病理但原因不明。

剔除準則

如有其他診斷可以完全解釋病情，有關個案便應予以剔除。

個案重新分類

由於綜合症現時是以剔除方式診斷，呈報個案的分類有可能在隔一段時間後改變：

- 原先列為懷疑或可能個案如有其他診斷可以完全解釋病情，便應予以刪除。
- 懷疑個案如在調查後發現符合可能個案的定義，便應重新列為“可能個案”。
- 肺部 X 光檢查正常的懷疑個案應獲適當處理並作為期 7 天的監察。康復情況欠佳的個案須再接受肺部 X 光檢查。

四月

- 康復情況理想的懷疑個案但病情未能可以完全由其他診斷解釋，應繼續列為“懷疑個案”。
- 如懷疑個案的患者死亡而又沒有進行屍體剖驗，須繼續列為“懷疑個案”。不過，如有關個案證實為連串綜合症感染個案之一，便應重新列為“可能個案”。
- 如進行屍體剖驗後發現沒有呼吸窘迫綜合症的病理學證據，個案便應予以“刪除”。[綜合症資料]

2003年4月2日(星期三)

世界衛生組織

◆ 病原體

綜合症病原體的特徵仍未完全知悉。[最新情況]

◆ 傳播

香港的疫情發展出一種非常規的傳播模式。這種模式與目前絕大部分的綜合症爆發模式不同，仍無法完全了解。疫症傳播時可能須借助某種環境因素把病毒傳給他人。[最新情況]

2003年4月4日(星期五)

世界衛生組織

◆ 傳播

香港的衛生當局正調查淘大花園 E 座的污水樣本和污水渠是否為該座大廈疫症的源頭。[最新情況]

2003年4月7日(星期一)

同業檢討期刊

◆ 臨牀病徵

報道了香港一間醫院爆發的 138 宗懷疑綜合症個案的臨牀、化驗和放射特徵。最常見的症狀包括：發燒(100%)、發冷、顫慄或兩者兼有(73.2%)；以及肌肉疼痛(60.9%)。據報超過50%的病人都有咳嗽和頭痛。其他常見的症狀包括：淋巴細胞減少(69.9%)、血小板減少(44.8%)、乳酸脫氫酶和肌酸肝激酶水平上升(分別是71%和32.1%)、胸腔電腦斷層掃描通常發現周邊氣泡實質化。共有 32 名病人(23.2%)須

四月

入深切治療部；5人死亡，這5人都同時患有其他疾病。

在一項多元變量分析中，結果欠佳的獨立指標有：高齡(每10年計比值比率1.80 95% 置信區間：1.16至2.81)、高乳酸脫氫酶(每100單位每公升2.09；1.28至3.42)；以及在求診時絕對中性白細胞數超過正常範圍的上限(1.60、1.03至2.50)。

[2003年4月7日載於www.nejm.org] [NEJM 348 (20);1986-94]

世界衛生組織

◆ 診斷

現存有3項診斷測試，各有不足之處。酶聯免疫吸附分析法雖然能夠可靠地偵測抗體，但只能在臨牀症狀出現約20天後才能發揮功效，因此不能在早期監察個案，以防止感染蔓延。第二項測試為免疫熒光分析法，能夠在感染第10天後準確偵測抗體，但因此須把病毒在細胞培養基中培養出來，測試工作繁複並相對較慢。現時用作偵測綜合症病毒遺傳物質的聚合酶鏈反應分子測試能在感染初期應用，但產生相當假陰性的結果，即很多確實帶有病毒的人可能未有給偵測出來；對於一種已知很易經由人與人密切接觸而蔓延的病毒來說，這會造成危險的安全假象。[最新情況]

◆ 傳播

取得有關病原體從排泄物排出體外的證據，使注意力集中病毒可以經由口糞傳播的可能性，但仍未有任何定論。[最新情況]

2003年4月8日(星期二)

同業檢討期刊

◆ 病原體

對50名綜合症患者進行研究，在其中兩人身上分辨出一種屬冠狀病毒科的病毒。利用針對這種病毒的血清和逆轉錄聚合酶鏈反應進行測試後，顯示在該50名綜合症患者中有45人(但沒有對照組)受這種病毒感染；這種病毒可能是引致綜合症的主要病原體。

四月

[2003年4月8日載於網上] [《刺針》396(9366); 1319-25]

◆ 臨牀病徵

與其他個案患者有家居接觸、年紀較大，並同時出現淋巴細胞減少和肝機能障礙的病人，病情會比較嚴重。

[2003年4月8日載於網上] [《刺針》396(9366); 1319-25]

2003年4月10日(星期四)

同業檢討期刊

◆ 病原體

在染上綜合症的病人身上發現新的冠狀病毒。基因特徵顯示，該病毒與已知的冠狀病毒只有少許關連(其核苷酸排列有50-60%相同)。病人痰內的病毒核糖核酸濃度甚高，每毫升達1億個分子。此外，在病情嚴重的階段，病人血漿內亦發現病毒核糖核酸極低的濃度，而在康復後期階段，糞便內的病毒核糖核酸濃度也極低。

[2003年4月10日載於www.nejm.org] [NEJM 348(20);1967-76]

2003年4月11日(星期五)

世界衛生組織

◆ 臨牀病徵

綜合症可能個案的全球個案死亡率是4%。年長人士多患有潛在的慢性疾病，死亡率似乎較高。兒童患上綜合症的機會也似乎較成年人少。[綜合症資料]

◆ 處理曾與綜合症患者接觸的人士

處理曾與綜合症可能個案患者接觸的人士

- 把綜合症的臨牀症候、傳染途徑等資料給予曾與綜合症患者接觸的人士
- 進行主動式監察10天及建議其自行接受家居隔離
- 確保公共醫護服務隊的人員每天探訪或致電曾與綜合症患者接觸的人士

四月

- 每天記錄體
- 如曾與綜合症患者接觸的人士出現疾病症狀，便應在當地適當的醫護機構進行調查
- 最先出現的常見症狀是發燒

處理曾與綜合症懷疑個案患者接觸的人士

- 把綜合症的臨牀症候、傳染途徑等資料給予曾與綜合症患者接觸的人士
- 進行被動式監察 10 天
- 如曾與綜合症患者接觸的人士出現任何症狀，則須自行致電向公共衛生機構報告
- 曾與綜合症患者接觸的人士可自由進行日常活動
- 最先出現的常見症狀是發燒

[綜合症資料]

2003 年 4 月 12 日(星期六)

美國亞特蘭大疾病控制及預防中心

◆ 隔離及預防措施

綜合症病人症狀出現前和出現後能把該病傳染他人的時間有多長，目前不詳。綜合症病人應避免離家與他人接觸；同時不應上班、上學、到幼兒所，或到其他公眾地方，直至退燒後 10 天，以及呼吸系統的症狀消失或改善為止。[懷疑綜合症病人及曾與患者有密切家居接觸的人士的感染控制預防措施臨時指引]

◆ 處理曾與綜合症患者接觸的人士

曾與綜合症患者密切接觸的人士，應特別留意有否出現發燒或其他呼吸系統症狀。如患者家人沒有發燒或其他呼吸系統疾病，接觸者的其他家人便無須限制外出活動。[懷疑綜合症病人及曾與患者有密切家居接觸的人士的感染控制預防措施臨時指引]

四月

2003年4月13日(星期日)

美國亞特蘭大疾病控制及預防中心

◆ 處理曾與綜合症患者接觸的人士

可能接觸過綜合症的人士，必須於接觸後10天內，特別留意有否出現發燒或其他呼吸系統症狀；如出現這些症狀，則須避免離家與他人接觸；同時不應上班、上學、到幼兒所；教堂或其他公眾地方。出現上述症狀的人士應採取感染控制預防措施，減低傳播機會，同時應接受醫療檢查。檢查前應知會醫護人員，自己可能接觸過綜合症。

如初期症狀出現後72小時內，症狀沒有進一步發展至符合綜合症懷疑個案的定義，即可獲准恢復上班、上學、到幼兒所、教堂或其他公眾地方；同時無須繼續遵循感染控制預防措施。
[可能接觸過懷疑綜合症病人人士的臨時家居指引]

2003年4月14日(星期一)

美國亞特蘭大疾病控制及預防中心

◆ 病原體

疾病控制及預防中心已就相信是導致綜合症這種全球疫症的冠狀病毒完成基因排列。疾病控制及預防中心的排列與上周末加拿大一間化驗所確定的排列幾乎完全一樣。主要分別是，疾病控制及預防中心所確定的排列多了15個核苷酸，成為這個排列的重要起點。新的排列共有29,727個核苷酸，完全屬於冠狀病毒的典型核糖核酸界限。病毒的整體核苷酸排列和蛋白分析所得的病毒種系演化樹形圖載於疾病控制及預防中心網頁。[新聞公告]

世界衛生組織

◆ 病原體

加拿大科學家已完成綜合症病毒的全組基因排列。[最新情況]

◆ 臨牀病徵

潛伏期：大部分病人為2至10天(據報可長達13天)

[國家防禦綜合症臨時指引]

四月

- ◆ 診斷
由美國疾病控制及預防中心發展的聚合酶鏈反應測試，已證明比先前用於綜合症的聚合酶鏈反應測試靈敏 10 倍。[最新情況]
- ◆ 隔離和預防措施
單憑日常的醫護程序，並不足以防止病毒在醫院傳播；須採取即時的隔離措施和嚴格執行防護護理。發出有關使用個人防護裝備、分流和隔離的指引。
[國家防禦綜合症臨時指引]
- ◆ 處理曾與綜合症患者接觸的人士
如初期症狀出現後 72 小時內，症狀沒有進一步發展至符合懷疑綜合症個案的定義，即可獲准恢復上班、上學、到幼兒所、教堂或其他公眾地方；同時，無須繼續遵循感染控制預防措施。[國家防禦綜合症臨時指引]
- ◆ 傳播
前兆期的傳播風險可能較低。
[國家防禦綜合症臨時指引]
- ◆ 治療
繼續供氧—在有需要時插管和輔助呼吸。
在病人入院時以可醫治肺炎(包括非典型肺炎)的常見病原體的抗生素治療。要預防第二重細菌感染，亦應使用預防性抗生素。
對若干嚴重的個案使用皮質類固醇和利巴韋林(抗病毒藥物)，但在現階段並無證據支持把這些藥物作一般或常規用途。[國家防禦綜合症臨時指引]

2003 年 4 月 16 日(星期三)

世界衛生組織

- ◆ 病原體
科學家同意綜合症是由一種從未在人體發現並且屬於冠狀病毒的新病原體引發(根據郭霍氏要點)。世衛和成員化驗所把這種新的冠狀病毒命名為“綜合症病毒”。[最新情況]

四月

同業檢討期刊

◆ 心理狀況

綜合症患者表示感到恐懼、孤獨、沉悶和憤怒，並擔心檢疫措施和病毒蔓延對家人和朋友所造成的影響。他們對發燒病徵以感到焦慮及受失眠的影響。員工因恐懼受到感染並傳染家人、朋友和同事而大受影響。要護理既是病人又是同事的醫護人員，在情緒上絕非易事。員工和病人最常見的問題是對前景不明朗，以及擔心被別人標籤。醫院在回應時必須在溝通上清楚表達訊息、細心留意個別員工對精神壓力的反應、不同專科須尋求協作、領導階層須具權威，以及提供有關的支援。明白病人和員工面對嚴峻的事件時，在情緒和行為上的反應是適應精神壓力時的正常表現。

[2003年4月16日載於 www.cmaj.ca] [加拿大醫學會期刊(CMAJ)168(10);1245-51]

世界衛生組織

◆ 傳播途徑

對於病毒如何排出體外(由哪個排泄和分泌器官，以及排出病毒時期)，仍未充分了解。[新聞簡報會]

2003年4月17日(星期四)

世界衛生組織

◆ 臨牀病徵

香港淘大花園的疫症爆發出現一種不尋常的現象，大部分個案(估計約60%的病人)都出現腹瀉。在大部分其他疫症爆發中，腹瀉個案只佔2%至7%。[最新情況]

同業檢討期刊

◆ 隔離和預防措施

安大略省所有醫院員工、義工和訪客都須回答一份標準問卷，以便甄別，如有需要，則需量度體溫。[2003年4月17日載於 www.cmaj.ca] [CMAJ 168(10);1294-5]

四月

- ◆ 治療

探討一宗綜合症個案的臨牀病情，以及以康復病人血漿治癒的經驗。

[2003年4月17日載於www.hkmj.org.hk] [《香港醫學雜誌》(HKMJ) 9(3);199-201]

2003年4月18日(星期五)

同業檢討期刊

- ◆ 診斷

據報，綜合症個案接受即時定量聚合酶鏈反應測試，有79%為陽性反應；沒有受病毒感染的對照組則有98%為陰性反應。該測試在3至4小時內便可完成。

[2003年4月18日載於www.clinchem.org] [《臨牀化學》(Clinical Chemistry)49(6);953-955]

世界衛生組織

- ◆ 傳播途徑

浴室內有毛病的U形聚水器，浴室抽氣扇造成的擴散效果，淘大花園E座一條破裂的污水排氣管，以及浴室窗門面向天井打開遇到天井氣動效果，相信是導致綜合症在居民之間迅速蔓延的因素。有關研究找不到任何流行病學或化驗證據，證明綜合症的病毒可由空氣、水或受污染的懸浮塵粒傳播。[最新情況]

2003年4月19日(星期六)

世界衛生組織

- ◆ 臨牀病徵

與淘大花園疫症有關的個案中，約20%須接受深切治療，而淘大花園以外的個案則為10%。現在病逝的患者中，除了年老和同時患有其他疾病的患者外，亦包括年紀較輕和向來健康的患者。猜測其中原因，主要集中在這些病人是否受到大量的病毒感染，這種情況可能在接觸過病毒密集的環境後出現；或者病毒是否突變，使毒性可能變得更強。[最新情況]

四月

2003 年 4 月 23 日(星期三)

美國亞特蘭大疾病控制及預防中心

◆ 傳播

目前仍無法確定綜合症的冠狀病毒能在環境中生存多久。在一項初步的研究中，香港的研究人員發現，不論是乾涸或浸液的病毒樣本，都能在環境中生存長達 24 小時。[常見問題]

2003 年 4 月 24 日(星期四)

世界衛生組織

◆ 隔離和預防措施

嚴格遵守對綜合症病人防護護理，並採取預防空氣、飛沫和接觸傳染等措施。

[綜合症醫院感染控制指引]

2003 年 4 月 25 日(星期五)

同業檢討期刊

◆ 隔離和預防措施

報道安大略省一間社區醫院採取的措施，該院在 8 天內把綜合症疫情控制，措施包括：

感染控制措施

- 超過 500 名員工、病人和訪客集體自願隔離，為期 10 天
- 進入醫院前填寫綜合症甄別問卷
- 進出醫院時進行口腔探熱
- 所有員工和訪客穿著保護袍、手套和戴上 N95 口罩
- 在醫院內所有地方嚴格規定洗手
- 在護理病人的地方使用保護眼睛的裝備
- 在高危地方(急症室、深切治療部和綜合症病房)穿著雙重保護袍、雙重手套，以及戴上頭套和鞋套
- 摒棄噴霧器治療方法
- 暫停使用非侵入性的輔助呼吸

四月

組織上的措施

- 關閉急症室
- 暫停非緊急手術
- 避免醫院之間轉介病人
- 取消非住院護理及門診服務
- 取消門診診斷程序
- 避免讓醫院員工在其他醫療機構工作
- 限制醫院訪客探訪

成立綜合症評估和治療病房

- 在獨立病房設立 15 張專用病牀
- 單人病房
- 在病房加裝高效能空氣粒子(HEPA)過濾器，把空氣釋出房外
- 兩名駐院內科人員／深切治療人員 24 小時照顧病人
- 全面監察病情危殆的綜合症患者的血液動力，並以儀器幫助呼吸

[2003年4月25日載於www.cma.j.ca] [CMAJ 168 (10);1415-20]

2003 年 4 月 29 日(星期二)

美國亞特蘭大疾病控制及預防中心

◆ 個案定義

可能個案：符合病因不明而屬於嚴重呼吸系統疾病的臨牀準則並在2003年2月1日之後發病，並符合流行病學準則；以及按化驗所準則獲證實、呈陰性或未能斷定的個案

懷疑個案：符合病因不明的中度呼吸系統疾病的臨牀準則並在2003年2月1日之後發病、並符合流行病學準則，以及按化驗所準則獲證實、呈陰性或未能斷定的個案

四月

臨牀準則

- 無病徵或輕微呼吸系統疾病
- 中度呼吸系統疾病
 - 體溫 > 攝氏 38 度；以及
 - 出現一種或以上呼吸系統疾病的臨牀症狀(例如咳嗽、氣促、呼吸困難或缺氧)
- 嚴重呼吸系統疾病
 - 體溫 > 攝氏 38 度；以及
 - 出現一種或以上呼吸系統疾病的臨牀症狀(例如咳嗽、氣促、呼吸困難或缺氧)
 - 屍體剖驗結果與肺炎或呼吸窘迫綜合症一致而原因不明

流行病學準則

- 在症狀發作前 10 天之內曾到過(包括在機場過境)正出現或近期出現或懷疑有社區傳播綜合症個案的地區；或
- 在症狀發作前 10 天之內曾與已知或懷疑感染綜合症的人士有密切接觸

化驗所準則

- 證實
 - 在染上急性疾病期間或發病 21 天後取得的樣本中發現有綜合症冠狀病毒的抗體；或
 - 在第一輪以逆轉錄聚合酶鏈反應測試證實發現綜合症冠狀病毒的核糖核酸後，再利用第二批等份樣本和另外一批聚合酶鏈反應測試引物，經第二輪聚合酶鏈反應測試分析法以再測試結果
 - 分辨出綜合症冠狀病毒
- 呈陰性
 - 在症狀發作超過 21 天後取得的康復期血清中沒有找到綜合症冠狀病毒抗體
 - 未能斷定：沒有進行化驗所測試或測試不完整

[MMWR 52;D429;1-3]

四月

- ◆ 臨牀病徵

在無病徵的人中沒有發現有感染綜合症冠狀病毒的個案。不過，由於數據有限，不足以排除可能會出現無病徵的綜合症冠狀病毒感染。
[MMWR 52;D429;1-3]

同業檢討期刊

- ◆ 臨牀病徵

就香港在爆發綜合症初期治理的首10名兒童患者所進行的跟進工作發現，他們的臨牀表徵有兩個獨特的模式。青少年患者出現不適、肌肉疼痛、發冷和顫慄等症狀，與成人相似；較年幼的兒童則主要是咳嗽和流鼻水，沒有出現發冷、顫慄或肌肉疼痛的症狀。較年幼患者的臨牀病情遠比青少年輕微，持續的時間亦較短，放射檢驗顯示的肺部陰影轉變也較輕微，而且較快消退。治療兒童使用高劑量的利巴韋林、口服強的松龍或靜脈注射甲基強的松龍，短期沒有出現不良反應。4名青少年需要接受氧氣治療，2名需要輔助呼吸，但沒有年少兒童需要氧氣補給。所有兒童病人均有一個重要臨牀病徵，就是淋巴細胞減少，但病徵在青少年身上較為嚴重。

10名兒童中，有8名於求診時仍在上學，沒有證據顯示他們把疾病傳染其他同學。這個發現與成年病人的經驗大相逕庭，因為綜合症在成人身上的傳染性極高。

[2003年4月29日載於網上] [《刺針》396(9370);1701-3]

美國亞特蘭大疾病預防及控制中心

- ◆ 傳播

現有數據不足以排除無病徵感染綜合症冠狀病毒以及這些人可傳播病毒的可能性。[MMWR 52;D429;1-3]

五月

2003年5月1日(星期四)

世界衛生組織

◆ 個案定義

懷疑個案

- (1) 任何人在 2002 年 11 月 1 日後出現以下病歷：
 - 發高燒(>攝氏 38 度)；及
 - 咳嗽或呼吸困難；及
 - 在症狀發作前 10 天內曾有以下一種或以上的接觸：
 - 與懷疑或可能綜合症個案的人士有密切接觸；或
 - 曾到過近期有綜合症傳播的地區
 - 居於近期有綜合症傳播的地區
- (2) 任何人在 2002 年 11 月 1 日後因無法解釋的急性呼吸系統疾病死亡但沒有進行屍體剖驗，以及在症狀發作前 10 天內曾有以下一種或以上的接觸：
 - 與屬於懷疑或可能綜合症個案的人士有密切接觸；或
 - 曾到過近期有綜合症傳播的地區
 - 居於近期有綜合症傳播的地區

可能個案

- (1) 懷疑個案如肺部 X 光檢查顯示出現與肺炎或呼吸窘迫綜合症一致的浸潤情況。
- (2) 綜合症懷疑個案如經一項或以上分析法發現對綜合症冠狀病毒呈陽性反應。
- (3) 懷疑個案如屍體剖驗結果顯示出現與呼吸窘迫綜合症一致的病理但原因不明。

世衛繼續提醒臨牀人員，在等候化驗所測試結果期間，又或在測試結果呈陰性的情況下，病人的個案定義分類都不應予以下調。在懷疑或可能個案中，不可因測試結果顯示對綜合症病毒呈陰性反應而排除可能受到感染。[最新情況]

五月

2003年5月2日(星期五)

同業檢討期刊

◆ 臨牀病徵

多元變量分析顯示，年齡和慢性乙型肝炎病毒感染是主要的獨立致病因素，可發展為成人呼吸窘迫綜合症。

[2003年5月2日載於世衛網頁的摘要] [《刺針》361(9371);1767-72]

◆ 傳播

在14名病人(4人患成人呼吸窘迫綜合症，10人沒有)的定量逆轉錄聚合酶連鎖反應中，一致顯示在第10天病毒數量達致最高峯，第15天則減至入院的水平。

[2003年5月2日載於世衛網頁的摘要] [《刺針》361(9371);1767-72]

◆ 治療

75名接受醫管局使用利巴韋林和皮質類固醇標準療程治療的病人，曾接受一項前瞻性臨牀、血液學、放射治療和微生物學的病情進展研究。研究結果顯示，發燒和肺炎初期對治療有反應，不過病人在第 8.9 ± 3.1 (範圍4至18天)天出現反覆發燒(85.3%)；在第 7.5 ± 2.3 (範圍3至15天)天糞便呈水狀(73.3%)；在第 7.4 ± 2.2 (範圍3至13天)天放射檢查顯示病情惡化(80%)；以及在第 8.6 ± 3 (範圍5至19天)天呼吸情況惡化(45.3%)。45.3%病人的放射檢查顯示，初期的肺部損傷有顯著改善，但其他部位卻出現新損傷。20%病人的病情在第三周發展為成人呼吸窘迫症。臨牀狀況持續惡化；放射檢查顯示浸潤部位轉移；以及病毒數量分布呈反向V形模式，均表示第二周的病況惡化，並非是由於病毒無控制下不斷繁殖，而是由於病理免疫系統方面的損傷。

[2003年5月2日載於世衛網頁的摘要] [《刺針》361(9371);1767-72]

五月

2003年5月3日(星期六)	<p>同業檢討期刊</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 臨牀病徵 <p>發燒雖然是最主要的症狀，但並非每個病人都會出現這種症狀，如年老患者。某些病人因出現腹瀉求診，最少有兩個病人出現嚴重急性腹部絞痛，須剖腹檢查。</p> <p>[《刺針》 361(9368);1486]</p> ◆ 隔離和預防措施 <p>多元變量分析顯示，戴上口罩的醫護人員受感染的機會較低(概率值=0.011)。戴上手術用口罩或 N95 口罩的人員明顯較少受感染，但紙口罩則沒有這種效果。</p> <p>[《刺針》 361(9368);1519-20]</p> ◆ 傳播 <p>手術用口罩和 N95 口罩都可明顯減低受感染的機會；同時另一項發現顯示，在沒有感染病毒的人員中，30% 並無戴口罩，顯示病毒並非由空氣傳播。</p> <p>[《刺針》 361(9368);1519-20]</p>
2003年5月4日(星期日)	<p>世界衛生組織</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 傳播 <p>病毒可在室溫下的糞便和尿液中分別穩定生存1天和2天。病毒在腹瀉病人的糞便中更加穩定(最多可生存4天)。</p> <p>[綜合症病毒的穩定性和抵抗力的初步資料]</p>
2003年5月5日(星期一)	<p>世界衛生組織</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 傳播 <p>至今對需要多少病毒數量才導致感染仍然不詳。[最新情況]</p>

五月

2003年5月6日(星期二)

同業檢討期刊

◆ 臨牀病徵

大多倫多地區的 144 名成年病人曾接受研究，其中 76% 曾接受利巴韋林治療的病人出現血細胞溶解現象。20% 病人須在深切治療部接受治療。多元變量分析顯示，出現糖尿病(相對危險率 3.1，95% 置信區間：1.4 至 7.2)或其他同時出現的病變情況(相對危險率 2.5，95% 置信區間：1.1 至 5.8)分別與各種病情惡化的結果(死亡、深切治療部治療，或儀器輔助呼吸)有關。

[2003年5月6日載於網上] [《美國醫學學會期刊(JAMA)》 289(21);1-9]

2003年5月7日(星期三)

同業檢討期刊

◆ 臨牀病徵

已研究香港的 1,425 宗個案，估計平均潛伏期為 6.4 天(95% 置信區間：5.2 至 7.7)，由發病至入院的平均時間則由 3 至 5 天不等，而在疫症較早期，這時間也較長。以非參數方法進行的評估結果顯示，60 歲以下病人和 60 歲或以上病人的個案死亡率分別為 6.8%(4.0 至 9.6%)和 55.0%(45.3 至 64.7%)。病人的年齡與治療成效息息相關。由出現症狀至入院的時間對成效並沒有影響，但這段時間越短，會對社會起重要作用，因為病人接受隔離前的傳染期會受到限制。[《刺針》 361(9371);1761-6]

世界衛生組織

◆ 臨牀病徵

綜合症個案死亡率由 0 至 50% 不等，視乎受影響的年齡組別而定，而整體個案死亡率則估計為 14 至 15%。24 歲或以下人士的個案死亡率估計小於 1%，25 至 44 歲的人士為 6%，45 至 64 歲的人士為 15%，65 歲或以上人士則大於 50%。世衛繼續推論，根據目前最準確的估計，潛伏期最長為 10 天，儘管最近公布的香港估計數據分析指最長潛伏期可能更長。[最新情況]

五月

美國亞特蘭大疾病控制及預防中心

◆ 處理曾與綜合症患者接觸的人士

可能接觸過綜合症的人士，必須於接觸後 10 天內，特別留意有否出現發燒或其他呼吸系統症狀；如出現這些症狀，則須避免離家與他人接觸；同時不應上班、上學、到幼兒所；教堂或其他公眾地方。出現上述症狀的人士應採取感染控制預防措施，減低傳播機會，同時應接受醫療檢查。檢查前應知會醫護人員，自己可能接觸過綜合症。

任何人在初期症狀出現後 72 小時內，症狀好轉或消退，即可獲准恢復上班、上學、到幼兒所、教堂或其他公眾地方，而感染控制預防措施亦可以中止。若該人的症狀並未發展至符合個案定義，卻持續發燒或其呼吸系統症狀未見消退，則須再繼續採取隔離預防措施 72 小時，然後進行臨牀評估。

若有關症狀發展至符合個案定義，便須採取隔離預防措施，直至退燒後 10 天為止。[可能接觸過懷疑綜合症患者人士的臨時家居指引(修訂版)]

2003 年 5 月 8 日(星期四)

同業檢討期刊

◆ 臨牀病徵

綜合症常見的薄切片電腦斷層掃描特徵，是呈毛玻璃狀陰影，並分布在下肺葉和肺的外周。(觀察 74 名病人的結果。)

[2003 年 5 月 8 日載於《放射學》網上版]

2003 年 5 月 9 日(星期五)

同業檢討期刊

◆ 病原體

來自新加坡、香港、加拿大、北京及河內的 14 個樣本已進行了整個病毒基因組的排列。根據陸續發現的基因碼，可將接觸病毒的源頭及地域，把世界各地的綜合症病毒分離物分成不同羣組，可鑑別這些基因碼可用以追溯感染病毒的源頭。

五月

病毒的鋒形蛋白質S1範圍內出現一種常見的氨基酸變異，顯示這種病毒可能已開始受到人類免疫能力的影響而演變。不過，有關突變也可能只是代表病毒在基因排列之前的繁殖過程中對 Vero 細胞作出適應。

[2003年5月9日載於網上] [《刺針》361(9371); 1779-85]

◆ 診斷

累計百分比顯示，病人平均在第20(5.1)天便出現免疫球蛋白 G 血清轉化現象。

[2003年5月9日載於網上] [《刺針》361(9371); 1767-72]

◆ 傳播

20名病人在出現症狀後第10、13、16、19、21天所錄得的病毒陽性率分別如下一

咽喉抽取液— 95、90、90、75、47

糞便— 100、100、95、80、67

尿液— 50、45、35、30、21

[2003年5月9日載於網上] [《刺針》361(9371); 1767-72]

2003年5月10日(星期六)

同業檢討期刊

◆ 治療

報道成年綜合症患者的標準療程。一批共31名病人按程序接受治療，包括使用抗細菌藥物以及利巴韋林和甲基強的松龍的藥物組合。根據首11名病人的經驗，制訂了標準劑量，包括脈沖注射甲基強的松龍。1名病人只接受抗細菌藥物治療便告痊癒，17名病人對治療有迅速和持續的反應，另外13名病人在加強劑量或接受甲基強的松龍脈沖注射後亦見改善。4名病人需要短期使用非侵入的方法輔助呼吸。沒有病人需要插管或使用儀器輔助呼吸。這批病人中沒有人死亡或因治療引發疾病。[《刺針》361(9369);1615-7]

五月

2003年5月13日(星期二)

世界衛生組織

◆ 傳播

病人在症狀發作前似乎沒有傳染性，可能到呼吸系統症狀發作後才開始有傳染性，而傳染性在最初似乎只屬輕微，直至病情十分嚴重時才增強。[國家防備綜合症臨時指引(更新版本)]

同業檢討期刊

◆ 治療

病毒的主要蛋白酶(3CL^{pro})控制着冠狀病毒複製複合體的活動，很適合用作研發治療綜合症的藥物。病毒結構展示非常穩定的酶解物結合位點，這結論得到與綜合症冠狀病毒 M^{pro} 間介分裂，TGEV M^{pro} 的酶解物重組試驗支持。通過建立分子模型進行的研究顯示，可改良現有的鼻病毒 3C^{pro} 抑制劑，以應用於治療綜合症。

[2003年5月13日載於網上] [《科學》300 (5626);1763-7]

2003年5月15日(星期四)

世界衛生組織

◆ 隔離和預防措施

暫時禁止有病徵或與個案有密切接觸的人士捐血。輸血中心須要求捐血者若在捐血後一個月內診斷為綜合症懷疑或可能個案，向輸血中心報告，而輸血中心須收回尚未輸予他人的有關血液製品。此外，輸血中心須跟進曾接受在捐血一個月內符合綜合症可能個案定義的捐血者所捐血液／血液製品的人士。[世界衛生組織就綜合症和血液安全所作的建議]

2003年5月16日(星期五)

同業檢討期刊

◆ 臨牀病徵

根據一項對6名死於綜合症的病人的屍體剖驗組織樣本進行的研究，發現綜合症會令肺部的上皮細胞增生，並增加肺部巨噬細胞的數量。肝部出現噬紅血球的現象，證明了細胞活素失調至少在某程度上解釋疾病的嚴重程度。

[2003年5月16日載於網上] [《刺針》361 (9371);1773-8]

五月

美國亞特蘭大疾病控制及預防中心

◆ 傳播

綜合症在加拿大已經加強防護的醫護人員之間蔓延，原因包括：

- 使用未經美國國家職業安全健康研究所核准的N95同類口罩(相對於N95或更高防護程度的口罩)
- 沒有作出密封度測試
- 使用雙層氣管正氣壓輔助呼吸

[MMWR 52 (19) 433-6]

世界衛生組織

◆ 傳播

數據顯示，在經消毒的糞便中，綜合症病毒在灰泥牆或防火膠板表面能夠生存36小時，在塑膠或不銹鋼表面能夠生存72小時，而在玻璃片上則能生存 96 小時。

[最新情況]

2003 年 5 月 17 日(星期六)

同業檢討期刊

◆ 臨牀病徵

報道 4 名患多種慢性病的病人，入院時沒有發燒超過攝氏38度，引起以量度體溫作為甄別方法靈敏度是否足夠的問題。[《刺針》3 6 1 (9370); 1740]

2003 年 5 月 20 日(星期二)

同業檢討期刊

◆ 臨牀病徵

綜合症較顯著的放射檢查發現主要集中在周邊位置；常見的發展模式是在治療期間，由單邊氣泡聚焦陰影，變成單邊多點聚焦，或兩邊肺都出現這種情況；沒有成洞、淋巴結病或胸膜滲出物。(觀察 24 名病人所得的結果)

[2003 年 5 月 20 日載於網上《放射學》期刊]

五月

2003年5月23日(星期五)

世界衛生組織

◆ 病原體

一項研究對動物進行測試，在其中兩種動物(果子狸和狗狸)身上，發現幾種冠狀病毒，其基因與綜合症的冠狀病毒關係密切。研究亦發現另一動物品種(鼬)發現抗體抵抗綜合症病毒。從這些動物分辨出來的病毒基因排序顯示，除小部分有額外的序列外，這些病毒與人類的綜合症病毒完全相同。目前並無證據顯示這些野生動物品種在綜合症爆發的流行病學上產生重要作用。不過，不能排除這些動物可能是人類感染的源頭。[最新資料]

同業檢討期刊

◆ 傳播

利用新加坡詳盡的流行病學數據和其他地區(包括香港)的流行病曲線圖，估計在沒有採取消疫措施及有進行控制工作的情況下，綜合症的復現數目。根據估計，在一個仍未實行控制措施的社羣中，每一名具傳染性的綜合症患者會把此病傳染給約3個第二重病人。為減少傳播而進行的公共衛生工作，預期可大幅縮小疫症規模。

[2003年5月23日載於網上] [《科學》300(5627);1966-70]

◆ 傳播

從香港1,512宗個案的流行病學數據，可見綜合症的病因媒體屬中度傳染媒體。撇除超級擴散事故，估計在疫症初期，每宗個案平均第二重感染2.7人，大部分都是來自醫院傳播。疫症爆發期間傳播率下降，主要是由於人與人之間的接觸比率下降，以及醫院的感染控制措施改善，但也是由於出現疫症症狀的市民迅速求醫的結果。更廣範地限制社群的流動，在某些情況下亦可能是另一種有效控制措施。

[《科學》300(5627);1961-6]2