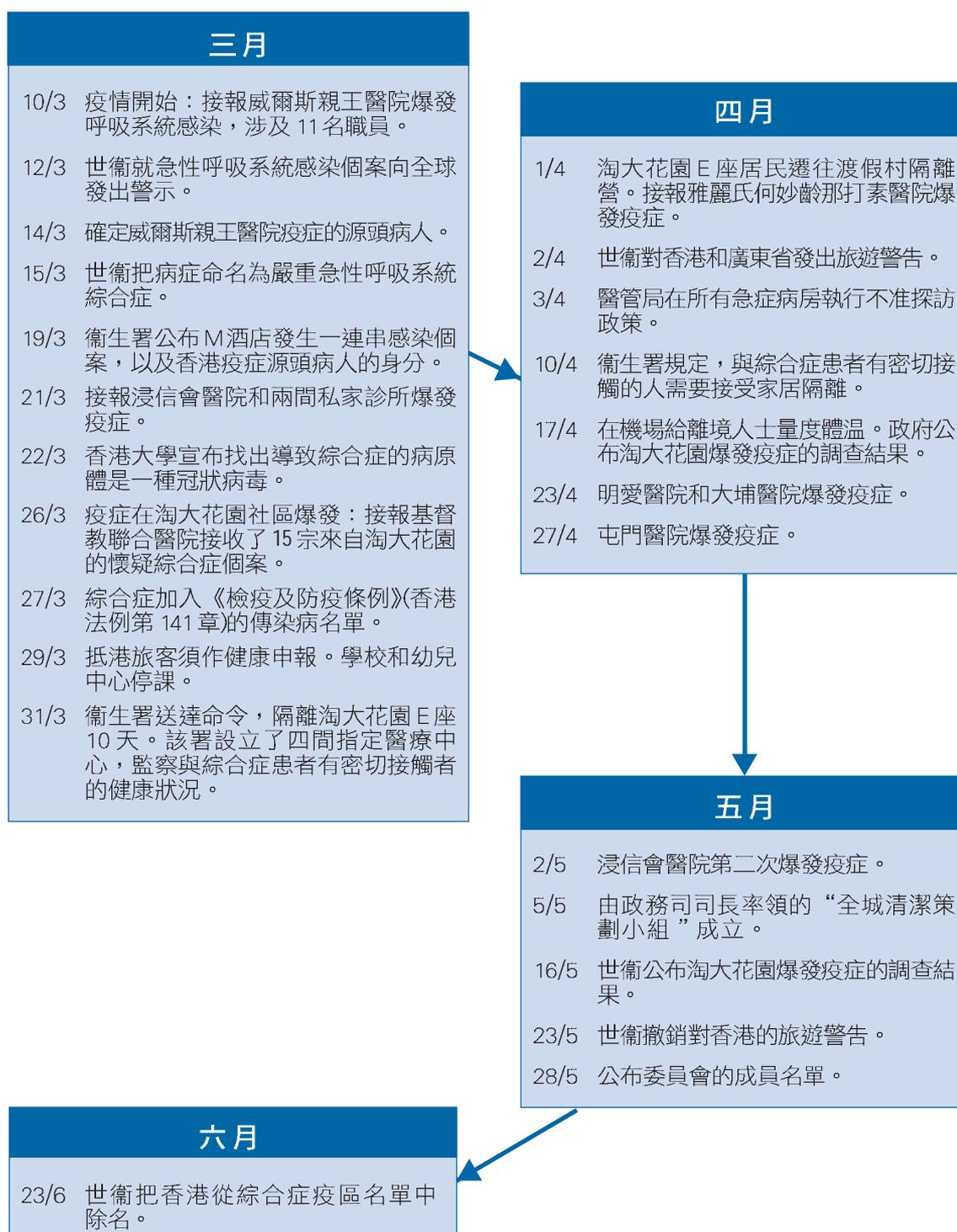


大事紀要和主要議題

III. 綜合症疫情

大事表



IV. 主要議題

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，香港市民在對抗這個新疾病時，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。

致敬

8 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。

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件時，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意見，載於以下各段。

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收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 4 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 3 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 3 人均曾入住M酒店，其中 2 人為朋友。3 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 3 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，人們對這樣新疾病所知甚少。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 病房於三月十日及十二日期間關閉，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，對這個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疫症在“社區爆發”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，他也許不應評論疫症是否在社區爆發，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加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 safety。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加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；經抗病毒藥物奧可他韋（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 5 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 4 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 委員會利用世衛於二零零三年八月十五日提供的數據，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。

4.45 綜合症患者可能死亡率受若干預測病情因素影響。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。

4.46 研究綜合症個案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。我們對香港、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)進行分析。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：

不同國家／地區嚴重急性呼吸系統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 to 80
加拿大	86	62 to 117
中國香港	100	-
新加坡	110	76 to 155
中國台灣	128	110 to 149

4.47 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。