

立法會

調查政府與醫院管理局 對嚴重急性呼吸系統綜合症爆發的處理手法 專責委員會

第二十五次公開研訊的逐字紀錄本

日期： 2004年3月23日(星期二)

時間： 上午9時正

地點： 立法會會議廳

出席委員

羅致光議員, JP (主席)

梁劉柔芬議員, SBS, JP (副主席)

丁午壽議員, JP

朱幼麟議員, JP

何秀蘭議員

李柱銘議員, SC, JP

陳國強議員, JP

陳婉嫻議員, JP

鄭家富議員

麥國風議員

勞永樂議員, JP

證人

第一部分

屯門醫院內科及老人科顧問醫生

譚卓賢醫生

(譚卓賢醫生拒絕對其證供的逐字紀錄本置評或提出任何更正。)

第二部分

屯門醫院麻醉科及深切治療部部門主管

李振垣醫生

(李振垣醫生拒絕對其證供的逐字紀錄本置評或提出任何更正。)

第三部分

屯門醫院感染控制主任

郭德麟醫生

(郭德麟醫生拒絕對其證供的逐字紀錄本置評或提出任何更正。)

第四部分

屯門醫院內科及老人科部門主管

周亮醫生

(周亮醫生拒絕對其證供的逐字紀錄本置評或提出任何更正。)

第五部分

新界西醫院聯網行政總監／屯門醫院行政總監

張偉麟醫生

(張偉麟醫生拒絕對其證供的逐字紀錄本置評或提出任何更正。)

Legislative Council

Select Committee to inquire into the handling of the Severe Acute Respiratory Syndrome outbreak by the Government and the Hospital Authority

Verbatim Transcript of the Twenty-fifth Public Hearing
held on Tuesday, 23 March 2004 at 9:00 am
in the Chamber of the Legislative Council Building

Members present

Dr Hon LAW Chi-kwong, JP (Chairman)
Hon Mrs Sophie LEUNG LAU Yau-fun, SBS, JP (Deputy Chairman)
Hon Kenneth TING Woo-shou, JP
Dr Hon David CHU Yu-lin, JP
Hon Cyd HO Sau-lan
Hon Martin LEE Chu-ming, SC, JP
Hon CHAN Kwok-keung, JP
Hon CHAN Yuen-han, JP
Hon Andrew CHENG Kar-foo
Hon Michael MAK Kwok-fung
Dr Hon LO Wing-lok, JP

Witnesses

Part I

Dr TAM Cheuk-yin
Consultant Physician, Department of Medicine and Geriatrics,
Tuen Mun Hospital
*(Dr TAM Cheuk-yin has declined to make any comments on or propose any
corrections to this verbatim transcript of his evidence.)*

Part II

Dr LEE Tsun-woon
Chief of Service, Department of Anaesthesia and Intensive Care,
Tuen Mun Hospital
*(Dr LEE Tsun-woon has declined to make any comments on or propose any
corrections to this verbatim transcript of his evidence.)*

Part III

Dr QUE Tak-lun

Infection Control Officer, Tuen Mun Hospital

(Dr QUE Tak-lun has declined to make any comments on or propose any corrections to this verbatim transcript of his evidence.)

Part IV

Dr Simon CHOW Liang

Chief of Service, Department of Medicine and Geriatrics, Tuen Mun Hospital

(Dr Simon CHOW Liang has declined to make any comments on or propose any corrections to this verbatim transcript of his evidence.)

Part V

Dr CHEUNG Wai-lun

Cluster Chief Executive (New Territories West)/Hospital Chief Executive,
Tuen Mun Hospital

(Dr CHEUNG Wai-lun has declined to make any comments on or propose any corrections to this verbatim transcript of his evidence.)

主席：

首先歡迎各位出席調查政府與醫院管理局對嚴重急性呼吸系統綜合症爆發的處理手法專責委員會的第二十五次公開研訊。

提醒各位委員，整個研訊過程必須有足夠的法定人數，包括主席在內共4位委員。

我亦要藉此機會提醒旁聽今天研訊的公眾人士及傳媒，在研訊過程以外場合披露研訊中提供的證據，將不受《立法會(權力及特權)條例》所保障。所以，如有需要，各位列席人士和傳媒應就他們的法律責任，徵詢法律意見。另外，委員會亦決定證人須在宣誓後才接受訊問，所以我會在研訊開始時，根據《立法會(權力及特權)條例》第11條監誓。

我現在宣布研訊開始，今天研訊分上、下午兩部分，主要就屯門醫院爆發SARS疫症事宜向證人取證。

今天的第一位證人是屯門醫院呼吸系統科顧問醫生譚卓賢醫生。

(譚卓賢醫生進入會議廳)

譚醫生，多謝你出席今天的研訊。委員會傳召你今天來到委員會作證及提交證人陳述書。委員會決定證人須宣誓作供，我現以專責委員會主席的身份負責為你監誓。

你可選擇以手按聖經以宗教形式宣誓，或以非宗教形式宣誓。請你站立及依照放在你面前的誓詞宣誓。

屯門醫院內科及老人科顧問醫生譚卓賢醫生：

本人譚卓賢，謹對全能上帝宣誓，我所作的證供全屬真實，及為事實之全部，並無虛言。

主席：

多謝你，譚醫生，請坐。譚醫生，你亦曾向專責委員會秘書提供證人陳述書，你現在可否正式向專責委員會出示有關證人陳述書作為證據？

譚卓賢醫生：

是，可以。

主席：

謝謝你。譚醫生，為了方便列席人士瞭解證人的證供，我們會派發閣下的陳述書給今天在場的公眾人士和記者。你對閣下的陳述書有沒有一些地方想即時補充？

譚卓賢醫生：

沒有。

主席：

謝謝你。應專責委員會的要求，你亦向專責委員會提供閣下的專業資格及經驗的資料，你可否確認這些資料都是正確的？

譚卓賢醫生：

是。

主席：

謝謝你。譚醫生，我想你幫一幫委員會，在開始的時候，請你告訴委員會，你在屯門醫院，特別在去年SARS期間，你主要的工作和責任是甚麼？可不可以簡單說一說？譚醫生。

譚卓賢醫生：

在SARS期間，我專責臨床的工作，即是醫治感染SARS的病人和一些肺炎的病人。

主席：

你在SARS病房工作，抑或在以外的病房工作？可不可以說一說？

譚卓賢醫生：

我同時在SARS病房及SARS病房以外工作。

主席：

你有沒有負責領導過當時特別處理SARS的醫療隊伍？

譚卓賢醫生：

當時，在我們的部門會議內，我們同意了由呼吸組的醫生最先處理SARS病人。當時，開設SARS病房的時候，我們有3位醫生，都是呼吸專科的，一位是我，即顧問醫生；一位是高級醫生；另外一個是醫生，一起進入SARS病房工作。

主席：

謝謝你。我把時間交給各位委員，有問題的請舉手。丁午壽議員。

丁午壽議員：

多謝主席。早晨，譚醫生。我想問一問，在3月10日，威爾斯親王醫院有很多個醫護人員“中招”，就此，你作為屯門醫院的呼吸系統科顧問醫生，有沒有甚麼特別的措施來防止同樣情形發生？

譚卓賢醫生：

其實，在2月的時候，我們已經接到消息，最近的肺炎是多了。總部在2月的時候也發出指引，叫我們留意一些嚴重的社區感染肺炎；在2月21日更發出了一些文件——FAQ，即frequently asked questions，再提醒我們留意。還有，在那時候開始，已經有一些申報機制，如果有一些嚴重社區感染的肺炎，我們都會申報。

丁午壽議員：

特別是3月10日。3月10日之後，因為……

譚卓賢醫生：

3月10日的時候，我們從傳媒知道威爾斯醫院爆發。其實，我們一直都在採取一些措施，留意一些發燒和肺炎的病人。在那時候，已經特別留意飛沫傳染這件事，所以那時候採取的措施，我們覺得已經是有的了。

丁午壽議員：

嗯。在3月10日之後，有沒有甚麼特別的……即是較為特別留意吧。你們有沒有甚麼特別的措施——對醫護人員來說，你們做了些甚麼？譬如說除了特別提醒他們要洗手等之外，還有沒有其他特別的措施？

譚卓賢醫生：

洗手、戴口罩、穿着保護衣物等已經是有的了。

丁午壽議員：

OK，好的。我想問一問，在你的陳述書第3段中，你說那些SARS病人被“physically segregated”。我想問一問，所謂的“physically segregated”是指甚麼？

譚卓賢醫生：

(翻看文件)

丁午壽議員：

在第3段。

譚卓賢醫生：

是。當時SARS病房會收一些證實是SARS的個案，以及一些懷疑個案，因為兩種情況都有傳染性，他們會放在不同的cubicles。病房內亦有一些間隔可以將這些病人隔開，因為cubicle與cubicle之間是有牆和一些門的。

丁午壽議員：

嗯。即是說，有SARS的病人會特別去了那些cubicles內？

譚卓賢醫生：

對了。

丁午壽議員：

OK。接着你在第3段表示，“There were occasions where SARS patients were being intubated in the SARS ward before admission to

ICU”。即是說，很多插喉的工作是在SARS病房進行的，但是，插喉這個程序是不是一個很.....有沒有屬於嚴防性的控制措施？

譚卓賢醫生：

插喉這項工作，當時已經知道危險性會比平時的接觸高，但選擇在哪裏插喉，我想是一個臨床的決定。

丁午壽議員：

嗯。那麼會不會在open.....即是在SARS病房，而不是在ICU，ICU比較isolated，即是隔離多一點的，在open的病房，會不會容易感染其他人呢？

譚卓賢醫生：

其實在SARS病房裏面都有適當程度的分隔，不是完全可以叫做open area。

丁午壽議員：

嗯，OK。你提出這一點，那麼在甚麼情形之下，你覺得有這樣的需要提出來？你在這一段特地提出這一點，那麼有沒有特別想說的？都是在第3段，第3段的答案。

譚卓賢醫生：

我想是回應專責委員會向我提出的問題，即是說，在甚麼情況下，intubation會在open area進行。因為當時我知道的就是，在SARS病房內曾進行插喉，所以我回應這個問題，對我的查問。

丁午壽議員：

OK。關於插喉方面，我覺得.....醫護人員進行這個程序的時候，有沒有.....特別是SARS病人，有沒有特別的措施要.....因為.....

譚卓賢醫生：

其實當時，我想已經是.....大家都瞭解到這是高度傳染，所以負責插喉工作的醫生，都是一些很有經驗的醫生，例如在ICU出來的醫生，他們已經很熟習插喉的工作，所以插喉的程序會比較順

暢，而且所需的時間會少一點。我們知道每一個步驟都有傳染性的機會，但我想我們能夠做到的，就是將傳染性的機會減到最低。

丁午壽議員：

嗯。另外，我想問一問，在去年4月12日那天，有28個SARS個案和8個懷疑個案，其中有6個進了深切治療部，但其他剩下來的30個，被內科部認為不合格，不可以進入深切治療部。你覺得這個決定對不對？

譚卓賢醫生：

其實，每一個病人是否需要進入深切治療部，或者在哪裏處理，這完全是一個臨床的決定。我們會根據每一個人的情況，來決定他在哪裏接受治療。

丁午壽議員：

你覺得這是比較正確的？

譚卓賢醫生：

因為每一個病人都有醫生照顧，如果他們有需要，例如由ICU處理的話，他們會要求ICU的醫生去看那些病人，提供一些意見，然後作一個評估。如果有需要的話，他們就會按病人的情況，在應該接受治療的地方接受治療。

丁午壽議員：

並不是因為ICU病房不足夠的關係，而主要是根據病人的病情來決定？

譚卓賢醫生：

我想臨床的決定是最重要的。

丁午壽議員：

好的，謝謝。最後的問題，我想問一問，特別在去年4月SARS末期，屯門醫院才發生內部的爆發，你覺得有沒有甚麼特別的原因？

譚卓賢醫生：

以我所知，那次的爆發，所指的應該是C8病房，應該是一些隱形病人。但在該次爆發的過程裏面，因為我最主要是照顧SARS病人，所以我沒有參與爆發的研究，因為當時已經成立了一些infection contact的tracing team，而且我們已經有部門主管去處理這事。我很相信他們在該段時間已經很適當地深入研究這件事。

丁午壽議員：

好的。主席，我沒有問題了。

主席：

如果其他委員有問題，請發問。

譚醫生，我也有一些事情想澄清。剛才你回答丁議員所問關於physically segregated的問題，你可不可以向委員會形容一下，這個所謂physical segregation的意思，即是說每一個病人都有一個獨立的cubicle，抑或在一個cubicle內把床隔開來放置病人？關於這一點，你可否較具體地說一說？

譚卓賢醫生：

我想屯門醫院的構造，在普通內科病房或者很多病房，都是分隔了一些cubicle，有一個比較大的地方可以放置超過20張床。但是，有幾個間隔的地方，每個間隔原則上可以放置4張床。那些間隔的牆身是石屎牆，SARS病人會集中放在某些間隔內，而一些懷疑個案則放在另外的一些間隔內，他們基本上沒有機會接觸。而且SARS病房開始運作的時間，他們的……例如洗手間的設施，已經很明顯地分隔開，所以一些已證實個案和一些懷疑個案可以說是沒有接觸的機會，所以我說是physically segregated。

主席：

你的意思即是說，一個間隔內可以放置4張病床，對嗎？

譚卓賢醫生：

對。

主席：

那些證實的個案和懷疑的個案，都不會放在同一間隔內？

譚卓賢醫生：

不會放在同一間隔內。

主席：

即是你cohort了一些……懷疑和確實個案是分開的。

譚卓賢醫生：

對。

主席：

他們用的公用設施也是分開的。

譚卓賢醫生：

對。

主席：

你的意思是這樣。另外，剛才丁議員亦問到關於一些安排，在SARS ward或者其他病房與深切治療之間的安排方面，我想問清楚，因為我們問其他醫院的時候，有時都有一個所謂張力，即是tension。

譚卓賢醫生：

是。

主席：

即是病房有時會想……譬如覺得那個病人是嚴重的，應該進深切治療，而另一方面，深切治療那邊又可能因為床位的緊張而有一個壓力。這個情況在屯門醫院有沒有出現過？

譚卓賢醫生：

我想內科部的醫生和深切治療部的醫生對臨床的評估，有時候都會有不同的意見，但我們一直都有保持溝通。當有需要的時候，我們會找他們評估。當然，深切治療部內裏的情況，可能他們裏面的同事最清楚，但我們在溝通的過程之中，都覺得彼此都是頗helpful。

主席：

你所指溝通的意思，即是.....可不可以描述一下，你的意思是不是即是說，當譬如SARS ward或者其他內科部門的醫生轉介病人上深切治療部，不過，深切治療部的同事說不適合，於是你們便溝通，然後決定搬抑或不搬。有沒有試過你們想轉介一些病人上去，但上面又說我們支持不了，我們不收。有沒有試過出現這個情況？

譚卓賢醫生：

呃.....

主席：

你自己.....

譚卓賢醫生：

根據我所瞭解的情況，沒有。

主席：

你自己沒有試過？

譚卓賢醫生：

嗯。

主席：

可不可以向委員會描述，當時屯門醫院，特別是由你處理的病房，內裏的工作量的情況是怎樣？相比一般是重？是否擠迫？是否需要增加病床？那情況是怎樣的？

譚卓賢醫生：

你所說的是普通病房抑或是SARS病房？

主席：

在SARS病房。

譚卓賢醫生：

其實，在SARS病房，開始的時候，我們都預計到人數會慢慢上升。關於工作量，其實我們一直在看着那進展。前線的員工，尤其是我們呼吸組的幾位專科醫生，溝通一向都是很密切的。在初期開始收SARS病人，當我們感到所收的人數開始上升的時候，我們都通知部門主管，或者我們有作適當的調配去照顧那些病人。我自己的感覺就是，其實部門內的溝通……即是反映工作量能否承受方面，有關安排都很順暢。

主席：

即是在SARS病房，你覺得人手安排並不是一個明顯的問題？你的意思即是OK的。

譚卓賢醫生：

意思是，當我們覺得那工作量可能需要多些人的時候，我們隨時可以和我們的部門主管商量，然後作適當的調配。我想預算那些病人的增加，是我們那時候已經能預期的了。

主席：

你剛才的答案是不是即是說，當你覺得那工作量加重的時候，當你們向部門主管反映，那人手調動亦會很快達到你們的要求，是不是這意思？

譚卓賢醫生：

是。

主席：

那麼，如果是SARS病房以外，譬如好像……譚醫生，你有沒有在C8病房工作？

譚卓賢醫生：

沒有。

主席：

你沒有。你是否瞭解當時C8病房或者其他病房，即不是SARS病房，工作量的情況又是怎樣呢？

譚卓賢醫生：

其實我除了負責SARS病房之外，我自己本身都一直負責一個病房，即是包括肺結核病人的病房。當時的情況我都知道。

主席：

病床的使用率大致上是怎樣的？

譚卓賢醫生：

呃.....我想在SARS的初期，內科病房的工作量與以往一樣，都是比較繁重，但我沒有正式統計過當時實際有多少人。

主席：

譚醫生，你的意思即是內科病房一向都很繁重的了 —— 在屯門醫院，即你的工作範圍內。

譚卓賢醫生：

其實有時有季節性的，例如天氣冷，便會多收一些患上肺病的病人；在新年期間，可能會有較少病人想入院。所以工作量會按不同時間有不同的變化。

主席：

謝謝，譚醫生，我的問題也問完了。其他委員有沒有問題想發問？鄭家富議員。

鄭家富議員：

多謝主席。譚醫生，你好。我想問一問，你在陳述書提及我們問你的第2條問題，你在最後一段表示，當時在4月12日開始接

收SARS病人，我想請你回憶一下，你接收到這個訊息時，當時的心情是怎樣？即是回憶一下在4月12日那個階段，其實在那個階段，由2、3月開始，SARS這場仗已經打了一個多月，你覺得當時屯門醫院，你作為呼吸系統科的顧問醫生，你覺得當時屯門醫院能否有足夠的人力、物力去面對處理SARS的疫症？

譚卓賢醫生：

其實在威院爆發之後，我們已經知道這個病的嚴重性。我想整個醫療系統其實都已經預計到需要面對這些病人的增加，我所能夠說的是，可以說是一個戰戰兢兢的心情。

鄭家富議員：

當時你的第一個反應會否是：你會否覺得人手未必足夠，有這樣的一個感覺？你的第一個反應是不是：我們行嗎？有沒有這個感覺？

譚卓賢醫生：

我想當時已經集中心情去預備將會增加的工作量，我想當時的注意力都集中在怎樣預備整個醫院或者整個部門去面對這件事。

鄭家富議員：

沒錯，問題是當時你覺得……第一個反應是，都預計了會增加工作量。

譚卓賢醫生：

是。

鄭家富議員：

那你會否因此覺得你們是否應該要增加人手，否則便成為第二個威院或者瑪嘉烈，你會否這樣擔心？

譚卓賢醫生：

其實我當時的瞭解就是，很多同事，包括其他部門的同事，都會陸續加入幫忙。如果是人手的安排，在整個過程中，我們有我們的總監，他一直在監察和作出調配。當我們遇到困難時，便

會提出來。當然，面對這個情況，有時所預計的和實際情況未必完全配合，但我想我們當時的心情，都是集中面對要怎樣處理將會增加的病人。

鄭家富議員：

沒錯，其實你一直回覆委員會，所作的證供就是，大家都是集中面對將會增加的工作量，看看怎樣可把SARS病人治好，也期待工作量會增加。我問題的核心是，當時你……盤算過當時你們是否有足夠的人力、物力應付你所說的工作？特別是你所強調要集中處理SARS的問題，是嗎？

譚卓賢醫生：

其實我可以這樣說，SARS這個病症本身也是一個新的病，需要多少人手才足夠呢？我想並不容易估計。我所知道的就是，當工作量增加時，我們要用甚麼方法處理。在疫症初期，呼吸組的專科醫生首先處理那些病人，其後在我們的部門會議上，大家商討的時候，其他的內科部門專科醫生已經不斷陸續加入，我們覺得我們那一步可以這樣的時候，相應來說，我們可以說是……當時，在適當的……可以按工作量作出人手調配，所以很難直接說是否足夠，但當我們感覺到有需要的時候……即我們內部一直都在討論這個問題。

鄭家富議員：

明白，因為始終SARS確實是一個新的疫症，但當時譬如到了4月中，醫管局也有一、兩間醫院有不愉快的經驗，可以這樣說，當時大家都知道，他們的醫院內部出現爆發。我正是因為你在第2條題目的答案中，你用了“anticipated”一字，即是你期待SARS patients會增加，亦有“other physician specialists would be joining to take care of the SARS patients”。

譚卓賢醫生：

是。

鄭家富議員：

在這裏，你當時的這個所謂anticipation，你其實期待會有多少名專科醫生來協助你們去面對這一場SARS疫症的工作？我現在所說的是當時，你採用“anticipated”一字，你當時有否盤算過？

譚卓賢醫生：

我自己沒有正式統計，但為甚麼我會這樣說呢？因為在初期的部門會議中，對於SARS這個病，我們覺得是一個呼吸疾病，所以呼吸組的專科醫生，我們都義不容辭。第一，首先去處理這些病房和這些病人。當威爾斯醫院或者其他醫院的工作量開始不斷增加的時候，我想我們亦知道有關的病人數目遲早也會影響到我們，所以我們內部的人手調配方面，除了呼吸組的醫生之外，內科部門的其他專科醫生——也是經驗豐富的醫生，他們陸續加入協助處理這些病人。我的意思就是，由初期到後來的安排，其實我們已經動用了部門內所有醫生輪流面對這些病人。

鄭家富議員：

那時候，一收到這個訊息，你跟醫院的譬如總監或者其他部門主管，有否大家坐下來開會，估量對工作的影響，然後大家在內部進行調配，甚至問問其他醫院的調配，從而作出一個盤算？

譚卓賢醫生：

你說的是第2條所指那個……

鄭家富議員：

是，即是當時在4月12日一知道之後。

譚卓賢醫生：

其實我自己在這裏也說過，我最主要集中在臨床的工作。關於政策的決定，我沒有直接參與。

鄭家富議員：

但是，換言之，你所期望……你用“anticipated”，其實是你自己的主觀願望，是嗎？

譚卓賢醫生：

不是。我們當時其實在部門內一直也有一些定期的會議，例如在星期一下午、星期三早上和星期五早上，通常我們會有一些學術會議，所有同事都會聚在一起。但在SARS期間……

鄭家富議員：

不好意思，請停一停，你說所有同事會聚一聚，這包括甚麼？為方便我們瞭解，包括哪些……

譚卓賢醫生：

包括所有內科部門的醫生。

鄭家富議員：

所有內科部門的醫生。

譚卓賢醫生：

是。

鄭家富議員：

還有呢？

譚卓賢醫生：

因為是我們內科部門的會議，所以是內科部門的醫生。我們內科部門合共有60多名醫生。

鄭家富議員：

有60多個醫生？即是這可以說是一個交流會，在一個大的房間內進行的一個交流會。

譚卓賢醫生：

是。

鄭家富議員：

除了內科部門的醫生，還有哪些？譬如有沒有行政……有沒有醫院總監呢？

譚卓賢醫生：

不，我想說的就是，即使在SARS之前，我們也有定期的會議，但當時因為SARS的爆發，很多問題都需要經常提出來討論，所以

這些會議往往改為進行討論。所以，關於人手的調配，都是在這些會議上討論。我們的部門主管當然在場，以瞭解部門內各位醫生同事的意見，並會把意見收集及向醫院的管理層反映，讓他們知道。所以，據我們所瞭解，是有一個渠道讓醫院的管理層知道。

鄭家富議員：

那……

譚卓賢醫生：

初期處理SARS病房或者SARS病人的工作，其實最主要由內科部門處理。最初SARS病房是由內科部門的呼吸組醫生先行治理這些病人，繼而內科部門也作出適當的調配，其他不是呼吸科的，譬如傳染科的醫生，也會加入治理這些病人。

鄭家富議員：

現在你回想當時4月12日之後，這類型的會議，第一次大概是在甚麼時候召開？這類型的會議，即是內科部門的醫生大家坐下來……有機會坐下來一起討論，屯門醫院要處理SARS的疫症了。第一次類似這樣的會議，是在甚麼時候舉行？

譚卓賢醫生：

如果說最明顯談及這個病的第一次會議，應該是3月17日。

鄭家富議員：

3月17日。

譚卓賢醫生：

原因是在3月16日，其實香港胸肺學會舉行了周年學術會議，那天……也是因為威爾斯的爆發之後，那天也有一些特別的程序改動，討論關於SARS這個病症。當時也有威爾斯醫院的同事，以及廣華醫院、瑪嘉烈醫院的同事，包括從內地來港的鍾南山教授，分享他們治理那些病人的初步經驗。

鄭家富議員：

嗯。

譚卓賢醫生：

我們呼吸組的幾個同事也有參與這個周年學術會議。回來後，把一些我們所聽到的資料，與其他部門的醫生分享，所以在那段時間，較為明顯提醒大家去面對這個病，我想並不是只有其他醫院會受影響，因為那是傳染病，沒可能只有一間醫院，或者一、兩間醫院去面對，其他醫院亦有可能會受感染，所以大家在心理上已經作出了一些準備。此外，我剛才也提過，在2月的時候，其實總部已經發出一些文件，提醒我們嚴重社區……

鄭家富議員：

明白，譚醫生，請停一停，因為時間關係，我想集中一點就是，你在3月中的那個醫管局會議，回來後與同事分享……

譚卓賢醫生：

不，是香港胸肺學會的……

鄭家富議員：

對，sorry，是香港胸肺學會。我想問的就是，我所說的是4月中，你剛才提到內科部的醫生大家一起開會分享一些工作，我所指的是，第一次知道屯門醫院要接收SARS病人之後，有沒有類似這樣的交流會？如果有的話，那麼大概在甚麼時候？你記得嗎？

譚卓賢醫生：

其實每星期有3天都一直在報告這件事，以及討論當時有甚麼大家需要提出來，便提出來，而不是4月12日之後才開始有這類會議。

鄭家富議員：

我知道，我知道。即是說，因為一直都是有的……

譚卓賢醫生：

是。

鄭家富議員：

.....那麼我便問，一知道這個消息之後，第一次這類型的會議，大家有否討論：對了，我們這麼多人在一起，我們要收SARS病人了，我們.....特別是呼吸系統科或者胸肺科要多些人手，請大家幫幫忙。你們有沒有類似這樣的討論？我的意思就是這樣。

譚卓賢醫生：

其實開始接收SARS病人是.....我們開設SARS病房，已經是3月26日的事，而不是4月12日的事。

鄭家富議員：

嗯。不，我的意思是，我剛才一直問的問題，第一條開始便集中.....

譚卓賢醫生：

是。

鄭家富議員：

.....問第2條的題目。當我們由衛生署和仁濟再集中.....希望屯門醫院接收更多SARS病人之後，你說anticipate會有更多醫生、專科專家過來.....

譚卓賢醫生：

不是過來，是從內部調配。

鄭家富議員：

調配，對。

譚卓賢醫生：

對，對。

鄭家富議員：

我的意思是，在討論當中，大概在甚麼時候討論調配這個問題？

譚卓賢醫生：

其實是在之前，而不是在4月12日。之前，我們已安排了一份名單，預算哪位醫生，例如Consultant方面，首先是哪一位，然後又到哪一位；SMO方面，亦是首先是哪一位，然後便是哪一位；醫生方面，又是這樣的做法。其實在4月12日之前，已經安排了那份list，所以當時接收一些病人時，以及在4月14日已經預計了開設另一個SARS病房……

鄭家富議員：

嗯。

譚卓賢醫生：

……已經安排了人手到第二個SARS病房工作，所以據我自己的理解，並不是在那時候，內科部門才開始去面對。在此之前，已經是預計了。

鄭家富議員：

即是在4月12日之前，你們已經預計了額外的人手調配。

譚卓賢醫生：

如果要增加的時候……

鄭家富議員：

哦，明白。

譚卓賢醫生：

……我們便會怎樣做。如果突然需要兩名人員，便會按照那份list，由緊接的兩名負責去做。如果需要一名人員，便由排第一位的先行，然後到第二位。

鄭家富議員：

好的，謝謝。那麼這樣的調配和人手，其後能否按照原定計劃執行呢？

譚卓賢醫生：

可以說是能夠。我們一直都是按照這個先後次序的安排。

鄭家富議員：

即是原本譬如訂定了一些SMO、MO進行內部調配……

譚卓賢醫生：

是。

鄭家富議員：

……根據你的記憶，以你所知 —— 當然所指的是你的部門，因為其他部門的，你未必知道 —— 是完全沒有任何困難？以及在調配上，沒有人因為譬如患病或者其他原因而沒有執行職務，並沒有這樣的情況？

譚卓賢醫生：

其實在安排那份list的時候，部門內也曾商量過。我想其中一點就是，如果個別人員對於他自己進入SARS病房工作有所憂慮，又或者有某些原因，他是可以提出的。

鄭家富議員：

嗯。

譚卓賢醫生：

事實上，當時有兩位醫生提出過他們自己是否適合進入SARS病房工作，原因就是自己身體的健康問題，因為我們當時醫治SARS，如果受到感染，其中一個治療方法是採用類固醇。如果本身已患有一些疾病，一旦他們染上SARS，要使用類固醇，是一個很大的考慮，他們自己便會提出來。當時部門有兩個醫生提出過，事實上，經過我自己的評估 —— 因為我屬於呼吸科的專科醫生 —— 我也覺得他們兩位暫時不適合進入SARS病房，所以便把他們的名字放在那個list的後一部分。當然，屆時如果真的輪到他們時，便需要作一個評估。

鄭家富議員：

嗯。

譚卓賢醫生：

所以，我自己的感覺是，內科部門本身的溝通，其實當時都有足夠時間和足夠渠道，讓大家在當中表達意見。此外，無論是個人問題，抑或他們對整個安排有任何意見，亦有足夠時間提出意見。

鄭家富議員：

明白。那兩位醫生到最後是否需要加入這項工作？在你的印象中。

譚卓賢醫生：

根據我的印象，是沒有的。

鄭家富議員：

不需要？是嗎？

譚卓賢醫生：

是。

鄭家富議員：

即證明了其實你們……

譚卓賢醫生：

那兩位都是Medical Officer。

鄭家富議員：

OK，主席，我想再……剛才丁議員問過一兩個問題，我想補充，再瞭解一下。其實當時在SARS病房進行插喉這個程序，我想請教一下譚醫生，你覺得作為呼吸系統科的顧問醫生，當時威院已有一個這麼不幸的經驗，亦有些指引是，在普通病房，插喉這麼高危的，最好應該在深切治療部進行。當時這一個訊息在你們醫生和醫護人員當中有沒有一個比較清晰的指引，令屯門醫院也

能夠掌握到譬如威院在這方面的類同工作，希望做得比較安全些，有沒有？

譚卓賢醫生：

我想我們當時的瞭解已經知道，插喉是有一定的風險，所以我也提過，我們當時的安排便已經是一些有經驗的醫生才會進行插喉，即那個所需的時間和技術都可以令到插喉的過程順暢很多。至於在哪裏插喉，其實是按情況來決定的。

鄭家富議員：

但你指是由有經驗的醫生去進行插喉，那在你的印象中，在你的工作中，你瞭解到這類開放式的病房進行插喉，在屯門醫院有沒有一個資料顯示，其實插喉的工作是不是全部都由你所指的有經驗的醫生去處理？

譚卓賢醫生：

以我知道的便是。

鄭家富議員：

嗯……

譚卓賢醫生：

因為當時插喉……即是去幫助呼吸，應該是由ICU的醫生去處理。事實上，我知道當時SARS病房……試過插喉的情況都是ICU的醫生負責。

鄭家富議員：

即是說以你的瞭解，因為你也沒可能看到這麼多病人，這是當然的。但你的理解、你的資料和你的……當時的那個情況，便是沒有其他你認為不是ICU的醫生進行插喉，是不是這樣？

譚卓賢醫生：

其實在超過兩年前開始，準確的時間我不是很記得，醫院已經成立了一個resuscitation team，是由ICU的醫生去決定，去負責，所以在很多需要插喉的情況，縱然在SARS還未爆發之前，已經是需要插喉，很多時候都會找他們來幫忙。他們是有一個team去負

責的，而SARS開始之後，這個仍然運作，所以以我的瞭解，插喉一直都是由ICU的醫生去進行。

鄭家富議員：

你這個資料是別人通知你，說給你聽，還是你有沒有對於特別是你自己的部門，前線醫護人員對於插喉這個工序，是一律都是由ICU的醫生，統統都是由他們做，是沒有其他的醫護人員處理過？

譚卓賢醫生：

一般都是，因為在成立resuscitation team的時候，在早幾年前也有邀請過我來提供一些意見。

鄭家富議員：

明白。

譚卓賢醫生：

但是因為我想ICU那個編更的情況與內科有點不同，所以後來的安排是ICU的醫生直接負責這個team。會不會很零星有個別醫生不需要ICU的醫生去幫忙插喉，這個以我所知，我便不知道有這樣的情況。但是以我所知，即使內科部門很多插喉的工序，都會需要call ICU的resuscitation team去幫忙。

鄭家富議員：

你.....因為你一直都說一般都是，剛才你那個講法，以及以你所知，那你估計當時那個工作的繁重.....

譚卓賢醫生：

但是在SARS之後，所有插喉都是ICU負責的。

鄭家富議員：

這個你是肯定的？

譚卓賢醫生：

以我所知。

鄭家富議員：

以你所知，但你不敢……當然不敢絕對保證沒有其他醫生或者醫護人員曾做過插喉，可不可以這樣說？

譚卓賢醫生：

以我所知，應該沒有。

鄭家富議員：

以你所知，應該沒有。那你覺不覺得4月12日之前受到感染的那4名醫護人員，以你所知，有沒有替病人做過插喉的工作呢？

譚卓賢醫生：

應該沒有。

鄭家富議員：

你說應該沒有……你是怎樣得到這個訊息呢？你有沒有調查過、問過，還是有沒有掌握過一些資料——在這個問題上？因為這個很重要——你知道——對於我們委員會去理解事實的真相。

譚卓賢醫生：

我想從紀錄上，是ICU負責插喉。

鄭家富議員：

從紀錄？是一些……因為我不是醫生，我不在醫院裏工作，那個紀錄是甚麼紀錄？

譚卓賢醫生：

其實每一個病人每天的治療過程都要寫下紀錄，例如做過些甚麼，例如會有些甚麼治療向病人提供過，都會寫在牌板上。插喉這樣的情況都是一個步驟，是必須記錄在醫院的病歷檔案中。所以插喉之後，他們會寫下是哪段時間插喉，負責插喉的醫生會在這裏寫下紀錄。所以根據紀錄，其實已經可以很準確知道是哪一位插喉，所以在SARS病房開始之後，插喉——以我的瞭解，亦根據紀錄——應該所有都由ICU的醫生負責。

鄭家富議員：

好的，主席，沒有問題。

主席：

麥國風，接着是勞永樂。大家要爭取時間。

麥國風議員：

多謝主席。譚醫生，我其實想瞭解多一點插喉那些工序。你在證人陳述書第1(d)那裏 —— “To provide training in respiratory medicine/respiratory care to doctors, nurses and allied health professionals”。這裏有沒有都包括了插喉？

主席：

譚醫生。

譚卓賢醫生：

是，是。可以這樣說，沒有直接去教過或者有些特別的session去指導插喉，因為我也提過，在幾年前醫院成立了resuscitation team之後，大部分的工作，即插喉的工作，其實都由ICU的同事負責。所以，從那時候開始，插喉的次數比其他人插喉的次數，相對來說，是減少了的。

麥國風議員：

即是你個人是有專業訓練插喉的，是嗎？

譚卓賢醫生：

是，就我而言，我自己.....

麥國風議員：

你個人，我說.....我想瞭解你個人.....

譚卓賢醫生：

.....是.....

麥國風議員：

.....你是有的，但如果根據這段 —— 1(d)，你沒有提供過關於插喉的訓練給有關的這些醫生、護士和 allied health professionals，是嗎？

譚卓賢醫生：

呃.....如果只是說插喉.....

麥國風議員：

我現在只說插喉而已，不好意思。我只是說插喉，沒有的？

譚卓賢醫生：

對。

麥國風議員：

即這些.....至少SARS期間沒有，在以前也沒有，是嗎？那你剛才說過插喉由這個resuscitation team和有經驗的醫生去進行，是嗎？

譚卓賢醫生：

是。

麥國風議員：

是不是這樣說？那就是，如果病人突然或者病情惡化了，是不是也會找.....即是call那隊人來，才做插喉的工作，是嗎？即是不會由病房的同事自己進行的？

譚卓賢醫生：

我想會看個別情況，但大部分都應該是會找ICU的同事去插喉。當然，在還未插喉之前，會有其他幫助病人呼吸的程序，我們都知道，即是提供氧氣，以及用一些面罩去給.....病人足夠的呼吸的支持，那些也是有的。

麥國風議員：

嗯，如果病人是危殆，突然惡化了，你都要等，還是不等？還是自己……

譚卓賢醫生：

其實一直……

麥國風議員：

……病房的醫生、護士一起進行插喉工作？是不是還要等ICU的同事到來，才進行這個工作？

譚卓賢醫生：

我想我們……

麥國風議員：

我想我們取證據，要證實清楚那個分工，因為你剛才似乎告訴鄭家富議員有很清晰的分工，不過你又有一點……

主席：

麥議員，問題已很清楚了，你讓譚醫生回答吧。

譚卓賢醫生：

我想不是等ICU同事去插喉，而是如果真的有緊急的情況，病房的醫生也會去處理，即是去急救那個病人。那麼，如果覺得插喉是一個需要的時候，他們通常都會立即call ICU，而醫院裏面的ICU resuscitation team，亦有他們的程序，要在很短時間內來到病房幫助這個……即是做這個插喉的工序。所以在很多情況下，病人需要插喉，在很短時間內，其實他們便已經可以來幫忙。那麼，在醫院進行一些急救的情況下，很多時候都可以做到。

麥國風議員：

嗯，因插喉而感染SARS的風險有多高？譚醫生。

譚卓賢醫生：

我想這個問題我無法回答你，因為暫時來說，還未有足夠的資料或者證據談到風險是怎樣去計算。

麥國風議員：

以你所知，感染的同事，先說回貴院，尤其是醫生、護士，不過醫生有一個、護士有幾位，他們有沒有進行……即受到感染的那些，有沒有進行過插喉工作？你有沒有之後作出評估？或者貴院有沒有作出評估？

譚卓賢醫生：

對不起，聽得不是很清楚。

麥國風議員：

你醫院有沒有作出評估，就感染的同事，尤其是醫生和護士，有沒有進行過插喉的工作？

譚卓賢醫生：

以我所知，剛才也回答過鄭議員的問題，初期受感染的幾位同事，他們都沒有參與插喉的過程，即是插喉不是他們去做的。

麥國風議員：

嗯，即是插喉不是他們去做的，OK。但你說不出如果插喉那個……即你估計不到那個風險是多高？為何你估計不到？因為你是一個……其實你是呼吸系統科的專科顧問醫生，你也不可以大概告訴我們委員會，那個風險大概有多大？譬如舉例，如果某些感染控制做得不好，尤其是穿着這個防護裝備穿得不好，或者遵守措施做得不好，那個感染其實是不是會高些，還是怎樣呢？

主席：

麥議員，你的問題的答案已在你的問題中，你都說了，即……

麥國風議員：

我想問……我想譚醫生……

主席：

不如你再問一次。

麥國風議員：

即是我其實很早問過了，不過他沒有回答，他不回答，他說他不知道或者不想回答，主要說插喉的……如果進行插喉這個護理程序……

譚卓賢醫生：

我想你的意思是說，插喉的風險，比平時去照顧病人，感染高出多少倍，這一個是需要去計算，但計算很多時候是需要累積一定的經驗和作一個適當的學術評估。那不是說一開始發生一個病的時候，便立即可以掌握到，所以我亦相信，呼吸專科的其他醫生同樣也尚未確實知道這個風險，究竟比平時照顧一個SARS病人的感染機會高多少倍。所以，我的答覆就是要很準確知道那個風險有多大，我想這個是無法回答的問題。但我可以回答的就是，插喉的風險是比只是照顧一個SARS病人的風險高。

麥國風議員：

嗯，那先前你回答鄭家富議員，你應該是不是在3月26日第一天接收SARS病人？

譚卓賢醫生：

3月……

麥國風議員：

3月26日。

譚卓賢醫生：

3月26日是開始成立SARS的病房。

麥國風議員：

成立SARS病房。是不是……你又告訴我們，最初是由呼吸科的醫生去治理病人，是嗎？即是你們那組人，是嗎？

譚卓賢醫生：

其實，我想現在回看，就在3月10日的時候，我們已經接收了一個.....即是嚴重社區感染肺炎的病人。當時我們亦在3月18、19日便開始.....即病房已經分隔了一些隔離區去處理這些病人。籌備安排正式開設一個SARS病房，專門接收SARS病人，就是在3月26日。但是，其實在這段時間之前，我們已經有照顧到一些肺炎，即是比較嚴重的人。

麥國風議員：

請問你，3月26日那個病房是甚麼病房？

譚卓賢醫生：

那個是A5病房。

麥國風議員：

A5病房。你很早回答丁午壽議員時，說你是一起進入SARS病房工作的，是嗎？即是與同事和一些高級醫生或者醫生一起進去，和他們在一起，是嗎？

譚卓賢醫生：

其實那時候是呼吸組.....即是可以叫做先走一步去處理SARS病人，所以進入照顧SARS的病房，我們是一組人 —— 一個組別的人。所以，我亦說過，是我 —— 即顧問醫生 —— 跟一個高級醫生和一個醫生一起進去的。

麥國風議員：

那你當時怎樣評估那個感染的風險？因為你是先鋒，以及你應該累積某些在其他醫院的經驗。

譚卓賢醫生：

我想當時的瞭解就是SARS這個病最大的可能是飛沫傳染，所以在防感染的過程中，其實即使還未開設SARS病房之前，我們去處理病人時已經做足防禦措施，包括戴口罩、穿保護衣物，以及經常洗手這些事情。進了SARS病房，便更加嚴格遵守這些措施。

麥國風議員：

你認為在A5病房那個感染控制措施做得怎樣？

譚卓賢醫生：

在當時我們所認識的、所能夠做的，我覺得已經是……

麥國風議員：

是否足夠？

譚卓賢醫生：

……即是已經盡量做。

麥國風議員：

那個病床使用率呢？

譚卓賢醫生：

病床使用率其實一直在增加，開設SARS病房的時候，首先是把原先在內科病房的隔離區的病人轉去SARS病房，所以那個工作和一直開始有新的病症的時候，我們會繼續收進去，那個工作量其實是一直上升的。

麥國風議員：

不停上升，那可不可以說應接不暇？

譚卓賢醫生：

我想我剛才也回答過鄭議員，即是在那個內部溝通中，其實我們按我們自己的能力，在部門的會議上商討人手的調配。

麥國風議員：

那你的組別的同事的工作量大不大？

譚卓賢醫生：

我想所有醫護人員的工作量都可以說是不少的。

麥國風議員：

但你亦在領導他們？你在領導他們，是嗎？

譚卓賢醫生：

可以這樣說。

麥國風議員：

你當時有沒有放取假期？

譚卓賢醫生：

呃……我在SARS的後期……中期裏面，我曾經放過假。

麥國風議員：

中期，怎樣算是中期呢？是哪個月……大概哪個月呢？大概是4月還是……

譚卓賢醫生：

去年4月14日，那段時間我是放過一段時間的假期。

麥國風議員：

之前你是領……3月二十幾號就……很多準備……

譚卓賢醫生：

其實如果照顧……是。

麥國風議員：

你在3月二十幾……3月26日開始在A5成立SARS病房，是嗎？

譚卓賢醫生：

是。

麥國風議員：

3月二十幾號，你便統領你的隊員，可以說，去打這場仗，是嗎？

譚卓賢醫生：

可以說是一起進去，去照顧SARS病人。

麥國風議員：

直至4月幾號 —— 你到4月中才.....你自己個人才放假？

譚卓賢醫生：

呃.....我是4月14日那段時間放過6天的年假。

麥國風議員：

OK。那好了，其實剛才你就告訴鄭家富議員，那些同事的調配，尤其是你的隊員調配，是根據很多準則，有部分因為個人原因、健康原因而不進入SARS病房工作，所以最終也不需要進入。請譚醫生看看我們的H21文件，謝謝。

譚卓賢醫生：

是。

麥國風議員：

請你翻到130072，右上角有一個serial number。

譚卓賢醫生：

是。

麥國風議員：

找到了吧，譚醫生？第1段(a)：“Healthcare workers in Tuen Mun Hospital were redeployed to work in the SARS ward based on the result of drawing lots”。這個你怎樣去.....或者跟我們說一說，跟你剛才告訴鄭家富議員的，那些同事 —— 不過，這個就未必表示是你那批同事，但是這個你怎樣演繹呢？即是原來是要抽籤的，入SARS病房工作是要抽籤的。

譚卓賢醫生：

呃.....其實那個過程就是在內部去商討，首先其實.....最主要是部門的主管去帶領一個討論，期間又有諮詢過一些同事，有沒

有人會volunteer，首先入SARS病房。在我記憶中，期間都有兩、三個同事是主動進去SARS病房的。之後那個安排，大家會發覺，抽籤是其中一個方法，那在進入SARS病房的安排上面，其實準確一點的說法就是，首先由呼吸組的同事先進去，接下來就是主動的同事跟着排，接着其他的同事便以抽籤來排那個list。

而我剛才亦提到，有一個機制是，如果同事有甚麼特別的困難，即私人的身體問題也好，私人的事也好，他也可以提出。在一個個別考慮的情況之下，我們在次序上便有不同的調動。我想這是一個.....當時是一個適當的做法。如果真的有同事很憂慮，他其實亦可以作為一個原因提出來，亦可以作適當的考慮。但當時據我自己的瞭解，並沒有同事因為過分憂慮這件事而拒絕進入SARS病房。所以抽籤這個是在安排了呼吸組、volunteer之後在後來作出的一個安排方法。

麥國風議員：

那你知不知道.....以你所知.....

譚卓賢醫生：

是。

麥國風議員：

.....同事就這個安排，有沒有怨氣呢？即是說最終他被抽到了。你那隊人應該是不用抽的，那就是說，你那隊人是一定要進去的。

譚卓賢醫生：

其實呼吸組內部的關係向來都是很好的，而且.....

麥國風議員：

哦？就不用抽籤的？你那隊人是不用抽籤的，是嗎？

譚卓賢醫生：

我們呼吸組是先進去的.....

麥國風議員：

對了，不用抽籤，不准……根本沒有需要抽籤。

譚卓賢醫生：

是，是。

麥國風議員：

其他人便要抽籤了，是嗎？

譚卓賢醫生：

是，其實我想，面對SARS這個病症，那亦是大家工作的一部分，只是安排先後的問題。其實在過程裏面，不單止內科部門，之後亦有其他專科的同事曾經調到內科部門，幫忙處理這個工作。當然，如果我們覺得他處理SARS的經驗可能未必足夠的時候，我們便找他們幫忙內科……即其他一般的工作。所以在人手的調配上，都有適當的處理。而最初調入SARS病房的，我們都選擇了呼吸組那幾位專科醫生，那在經驗上……即在處理方面的autonomy上，都是很高的。雖說我是來supervise他們的，但是他們自己作決定的能力，其實都很高。在處理這些問題上，應該在當時來說，我覺得是適當的安排。

麥國風議員：

嗯。主席，最後一個問題。我想請問，謝婉雯醫生是否呼吸組的醫生呢？

譚卓賢醫生：

謝婉雯醫生是呼吸組的專科醫生。

麥國風議員：

OK，謝謝主席。

主席：

勞永樂議員。

勞永樂議員：

主席。譚醫生，我想再問插喉的問題。你剛才也說得很清楚，就是根據紀錄，根據你所知，在那段時間插喉是ICU醫生做的。那麼，有沒有一些個案是，插了喉之後，仍然留在大房那裏，或者仍然留在SARS病房那裏呢？有沒有曾經有過這樣的個案呢？

譚卓賢醫生：

其實插完喉之後，ICU的同事已經安排他們進入ICU病房。

勞永樂議員：

是，安排的時間通常需要多久？

譚卓賢醫生：

我想這要看ICU當時的情況。所以，ICU當時的情況，我想ICU的同事是最清楚的。

勞永樂議員：

即會否有些個案不是即時能夠轉送過去呢？即是都會停留在大房一段時間。是否有這樣的個案？

譚卓賢醫生：

我想如果是在ICU以外的病房做插喉的話，去ICU當然是需要一段的時間。

勞永樂議員：

那一段的時間，會否是.....譬如說，一個小時、兩個小時、三個小時？會不會有些要這麼久的時間才能轉送過去？有沒有出現過？

譚卓賢醫生：

其實以我自己的瞭解，如果ICU同意接收一個病人的話，他們會盡快來接收。但是所需要的時間是多久，或者當時ICU裏面的情況是怎樣來接收，我想ICU裏面的同事是最清楚的。

勞永樂議員：

是。但是在26日之後，A5便做了SARS病房。

譚卓賢醫生：

是。

勞永樂議員：

在SARS病房發生的事，你知道的吧？

譚卓賢醫生：

你說哪一件事？

勞永樂議員：

我說回剛才那件事，即有沒有一些病人是插了喉之後……

譚卓賢醫生：

對不起，聽得不是太清楚。

勞永樂議員：

有沒有一些病人是插了喉之後，仍在SARS病房那裏停留比較長的時間，才能轉過去ICU呢？我是指3月26日之後，有沒有這樣的事呢？有沒有曾經有一些病人要停留比較久，才能轉送過去ICU？

譚卓賢醫生：

呃……你對“久”的定義是……

勞永樂議員：

我逐一問你，一個小時有沒有試過？

譚卓賢醫生：

以我所知是有的。

勞永樂議員：

兩個小時有沒有試過？

譚卓賢醫生：

如果根據紀錄，有一個病人大概要兩個小時左右才送到ICU。

勞永樂議員：

好了，我們談談這個病人吧。大概兩個小時才轉送到。那他未轉送到ICU之前，呼吸是如何維持的呢？

譚卓賢醫生：

以我所知，在紀錄裏面，是寫着是要用bagging去做的。

勞永樂議員：

Bagging。你可否給委員會解釋，bagging是甚麼意思？

譚卓賢醫生：

其實在急救的過程中，很多時都會用到一些輔助呼吸的儀器，輔助呼吸機是其中一種。但是在未接駁輔助呼吸機之前，有時是需要用人手去幫助。那個幫助呼吸的儀器，我們叫做Ambu bag，我們用Ambu bag去輔助病人呼吸就叫做bagging。

勞永樂議員：

好，那個bagging做了有兩個小時 —— 有一個個案？

譚卓賢醫生：

其實詳細的時間我不是最清楚。但根據紀錄，他是超過了一個小時。

勞永樂議員：

即頗長的時間了 —— 超過一個小時。通常來說在病房是哪些人做bagging的？哪些人拿着那個泵來泵的？

譚卓賢醫生：

其實如果在急救的過程裏面，是醫護人員吧，我想最主要是醫生和護士。

勞永樂議員：

是。

譚卓賢醫生：

都會幫忙做這個bagging。

勞永樂議員：

是。據你所知，這個個案是醫生，還是護士做bagging的呢？

譚卓賢醫生：

以我所知，醫生和護士都有。

勞永樂議員：

醫生和護士都有。有多少個醫生和護士做那個bagging，你是否知道呢？

譚卓賢醫生：

詳細情形我不知道。

勞永樂議員：

那個bagging，你可否告訴我們是怎樣運作的？是怎樣把氣泵進去，怎樣把氣放出來，究竟是怎樣做的？

譚卓賢醫生：

其實bagging是在插了喉之後，將那個Ambu bag接駁到插喉的一個adaptor裏面。按下那個bag的時候，那個bag有一個valve會閉上，令它泵氣，泵入病人的肺中。而它放的時候，病人的肺因為有彈性，就會將呼出的氣呼出來，在另外一個位置出來。

勞永樂議員：

如果病人有SARS，或者有其他呼吸道的傳染病，你泵氣進入，又放出來的話，那麼站在他周圍的人，或者那些醫護人員，拿着這個泵來泵，不就有一定的風險？

譚卓賢醫生：

可以說風險是大了。

勞永樂議員：

風險是大了。那麼，當時有沒有甚麼指引，來減少bagging這個步驟的風險？我是說3月26日的時候。

譚卓賢醫生：

以我所知，當時已經用一些過濾器，去過濾從那個bagging出來的空氣。

勞永樂議員：

那你說的那個超過一個小時bagging的個案，據你所知，有沒有用這些過濾器呢？

譚卓賢醫生：

以我所知是有的。

勞永樂議員：

是甚麼過濾器？可否告訴委員會？

譚卓賢醫生：

是一些阻隔那些細微的病菌或者過濾性病毒的過濾器。

勞永樂議員：

細微到怎樣呢？它能否進去……譬如說我們委員會現在都知道，我們委員會除了我是醫生，麥國風是護理人員之外，我們都問很多這些問題。有一種過濾器叫做high efficiency viral filter。

譚卓賢醫生：

是。

勞永樂議員：

你知不知道，那個個案是否用這一類的過濾器呢？

譚卓賢醫生：

我不是最清楚。

勞永樂議員：

你不是最清楚。

譚卓賢醫生：

但是據我的理解就應該是。

勞永樂議員：

應該是。稍後可不可以向委員會確定？可不可以確定到呢？譬如說在醫院的紀錄，或者從你的其他同事那裏……

譚卓賢醫生：

我不能確定到。

勞永樂議員：

你自己不能確定到。

譚卓賢醫生：

我自己不能確定到。

勞永樂議員：

醫院會否有可能確定到，稍後再向我們提供呢？

譚卓賢醫生：

呃……我想可能要向ICU的同事查詢，因為當時都是……即是bagging的過程裏面，是他們負責插喉和用filter的。

勞永樂議員：

好的。你可否告訴委員會，就算有filter，如果做那個bagging的步驟，仍然是有風險，會感染到病菌或者病毒呢？

譚卓賢醫生：

我想只可以回答說是可能。

勞永樂議員：

可能。好的。那麼有沒有指引提供給你的同事，醫生或者護士，bagging最長的時間可以做多久呢——這些情況？

譚卓賢醫生：

呃……沒有明顯指明bagging要多久。

勞永樂議員：

沒有明顯指明要多久。好的。那個個案，你是否記得是在哪一天需要bagging一個小時以上？

譚卓賢醫生：

以我所知，應該是3月28日。

勞永樂議員：

好的，3月28日，當天只有一個這樣的個案，是嗎——據你所知？

譚卓賢醫生：

是，應該是。

勞永樂議員：

好的，我想問這個個案，謝婉雯醫生和劉永佳護士，有沒有參與做那個bagging？

譚卓賢醫生：

以我所知是有的。

勞永樂議員：

兩個都有？是否兩個人都有？

譚卓賢醫生：

以我所知是兩個都有。

勞永樂議員：

有沒有其他醫護人員參與？

譚卓賢醫生：

應該都有。

勞永樂議員：

應該都有。有多少個？

譚卓賢醫生：

這個我不能確定。

勞永樂議員：

醫院能不能向我們確定？

譚卓賢醫生：

我想醫院方面都進行過調查，我想醫院方面可以.....

勞永樂議員：

提供資料？

譚卓賢醫生：

.....提供資料。

勞永樂議員：

好的，主席，我們稍後要醫院向我們提供這一方面的資料。
好的。我想再問一問，就是屯門醫院有沒有做過一個內部調查，

有關4月12日之前有4個醫護人員受到感染，包括謝婉雯和劉永佳？我相信有做過調查。

譚卓賢醫生：

對不起？

勞永樂議員：

4月12日之前，有4個醫護人員在屯門醫院受到感染。

譚卓賢醫生：

是。

勞永樂議員：

據你所知，屯門醫院有沒有做過一個內部的調查？

譚卓賢醫生：

以我所知應該有。

勞永樂議員：

有。你有沒有看過有關內部調查的報告？

譚卓賢醫生：

我沒有。

勞永樂議員：

沒有。好的。主席，我亦要求委員會向屯門醫院索取有關內部調查的報告。

主席：

我們待會兒可以問有關證人，然後才再進一步跟進。

勞永樂議員：

好的，多謝主席。好的。

現在你事後回想，劉永佳和謝婉雯受到感染，會否和那個 bagging 超過一個小時有關？

譚卓賢醫生：

我只可以說，這個是一個可能性。

勞永樂議員：

這個可能性是高還是低呢？抑或你都想到有其他的可能性呢？

譚卓賢醫生：

其實直至現在來說，每一種照顧 SARS 病人的程序，那個風險有多少，都仍未有一個很確定的答案。所以，其實在照顧 SARS 的病人方面，在很早期已經知道，醫護人員感染的風險是比其他市民為大。所以在這個階段，其實不可以確定，即是哪一樣事物令致一個人受到感染。因為在照顧的過程裏面，都有很多機會接觸到這些過濾性病毒。

主席：

勞議員，不好意思。我作為主席，亦要提醒，因為我希望不要讓公眾有一個誤會，以為我們是在做一個死因的研訊。所以我們仍集中在管理以及運作那方面，好嗎？

勞永樂議員：

多謝主席提醒，但是我暫時都未有提過“死”這個字，主席。

這麼多個感染的原因之中，你覺得 bagging 是否最突出的一個？

譚卓賢醫生：

你指普遍來說……

勞永樂議員：

這兩個個案 —— 謝婉雯、劉永佳。

譚卓賢醫生：

我不可以確定。

勞永樂議員：

你不可以確定，好的。我們也談談屯門醫院治理SARS病人的人手安排，你說是呼吸科的隊伍先行，那麼，屯門醫院在接收SARS病人最高峰的時間一共開了多少個SARS病房？

譚卓賢醫生：

其實前後加起來，SARS的病房，如果不計ICU，應該有3個病房。

勞永樂議員：

3個病房，是兩個成人、一個小童的？

譚卓賢醫生：

我指的是成人。

勞永樂議員：

3個成人病房？

譚卓賢醫生：

3個成人病房。兒科那邊，我就不太瞭解。

勞永樂議員：

是的。當時來說，每個病房最多接收多少個病人？

譚卓賢醫生：

其實是按着病床的情況，以我瞭解，大概是接收20至24個。

勞永樂議員：

即最多是接收24個？

譚卓賢醫生：

是的。

勞永樂議員：

那麼，你可否告訴我們那3個病房是哪3個？

譚卓賢醫生：

嗯，A5病房……

勞永樂議員：

是的，A5。

譚卓賢醫生：

B5病房……

勞永樂議員：

B5病房。

譚卓賢醫生：

……以及D5病房。

勞永樂議員：

D5病房，是的。那麼，最高峰的期間是否3個病房都差不多滿了？

譚卓賢醫生：

呃……這個，我無法回答你的問題，因為數字不在我手上。

勞永樂議員：

好的，我當每個病房以20人計算。那麼，看SARS病人的隊伍是如何安排的？譬如說，有多少個顧問醫生在上層，有多少個是高級醫生，有多少個是醫生？安排是怎樣的？

譚卓賢醫生：

其實按不同階段，也有作人手調配。

勞永樂議員：

是。

譚卓賢醫生：

但是，每一個SARS病房最少有一個顧問醫生及一個高級醫生負責。而醫生方面，會按當時的情況以及工作量來調配。最初期，開A5病房的時候，便是一個醫生、一個高級醫生和一個顧問。但是，後來便加至兩個，再一直加上去。

勞永樂議員：

即3個病房全開了的時候，應該便有3隊，是不是可以這樣說？即每一隊有一個顧問醫生做領導？

譚卓賢醫生：

其實在病房開的時間，有些時間是重疊了的。到後來有一段時間，其中一個病房要關閉以作清洗。那時間上的很準確安排，我想未必可以很準確的回答你。但是A5病房是從26日開始，B5病房則從4月14日開始。

勞永樂議員：

有沒有在同一時間內，有多過一個顧問醫生領導那些隊伍？

譚卓賢醫生：

有。

勞永樂議員：

嗯，最多的時間，有多少個顧問醫生領導這些隊伍？

譚卓賢醫生：

我想是兩至三個。是3個吧。每一個病房都有一個顧問醫生負責，是專責負責。

勞永樂議員：

兩至三個？

譚卓賢醫生：

是。

勞永樂議員：

那麼，如果有兩至三個顧問醫生來統籌SARS病人的治理，你會否做一個“領導”領導的角色呢？即由你協調那麼多組人？

譚卓賢醫生：

其實我的角色就是醫院呼吸科的專科醫生，所有其他同事如果在治理上覺得需要我的時候，我隨時樂意與他們討論關於治理病人的方法。

勞永樂議員：

其他顧問醫生也有這樣要求你幫忙會診？

譚卓賢醫生：

其實，我想，能夠做到顧問醫生，本身的autonomies是很高的。當他一直收到資料，以及在部門內有傾談治療的方法或醫病的最新資料，其實大家都會彼此分享。所以我說過，在那些部門的定期聚會裏，不單止談論人手，也有談及現時那種病的發展，有甚麼檢查可以做、支援是如何等。

勞永樂議員：

那麼，那些領導隊伍的顧問醫生是怎樣產生的？那麼多顧問醫生中，為甚麼那時候由這兩個做，由那個做？這是怎樣產生的？是如何找出來的？

譚卓賢醫生：

我也提及過，那時有一張list是用來編排先後次序的，那麼有需要的時候，名單上較前位置的同事便會接上以幫忙處理。

勞永樂議員：

那張名單是如何產生的？那張list是如何產生的？

譚卓賢醫生：

我想，剛才我也回答過了。那張名單是有幾個層面的……

勞永樂議員：

我說的是顧問醫生，我說的是顧問醫生，那張名單是如何產生出來的？

主席：

或者譬如在呼吸科有多少名顧問醫生？

勞永樂議員：

顧問醫生，內科的顧問醫生。如何產生那張名單來領導不同的隊伍？

譚卓賢醫生：

因為我已經是呼吸組先行，其他醫生便按照那個名單抽籤產生。

勞永樂議員：

你是不用參加抽籤的？

譚卓賢醫生：

不是我不用，因為我已經在名單上的頭一個位置。

勞永樂議員：

頭一個。嗯。接着其他的領導隊伍便是抽籤產生出來的？

譚卓賢醫生：

是。

勞永樂議員：

好的。那麼你剛才對麥國風議員說你在4月14日開始放假，放6天假？

譚卓賢醫生：

嗯，我是取了6天年假。

勞永樂議員：

即假期是由4月14日至4月19日，是嗎？

譚卓賢醫生：

呃，年假的數目是6天，但是因為與一些普通假期有overlap，所以假期是由4月14日至4月23日。

勞永樂議員：

即4月23日是最後一天假期？24日上班？

譚卓賢醫生：

是的。

勞永樂議員：

4月24日，那麼，我看日曆，4月13日是星期日。4月13日那天，你有沒有需要到醫院做任何事情？

譚卓賢醫生：

那天，如果同事有需要的時候，也可以call我。

勞永樂議員：

但是，你沒有回去？

譚卓賢醫生：

但是他們沒有call過我。

勞永樂議員：

4月12日是星期六，那天你在醫院嗎？

譚卓賢醫生：

在。

勞永樂議員：

在。好的。

從我們的資料看到，4月12日剛好是屯門醫院開始接收衛生署及仁濟醫院急症室轉介過來的SARS病人。你是呼吸科醫生，也是先行的、主力照顧SARS病人的醫生，在那麼重要的日子的第二天直至4月24日放假，其實時間都頗長。你有沒有考慮過你這樣做會對醫院或同事引起影響？

譚卓賢醫生：

有。

勞永樂議員：

有。你的考慮是甚麼？

譚卓賢醫生：

其實，我想每一個醫生在自己的事情上都會有安排，其實放取這個假，我想最重要的是工作上的交接。當時在工作上的交接，我在照顧SARS病人方面已有多於3個星期的時間，如果以SARS病開始計算，都起碼有兩個星期的時間，有些東西都已經上了軌道，加上在那個過程中，我已清楚交代了工作的安排，當時亦有另一位顧問醫生接手這項工作。在人手上及工作上的安排都可以適當地處理，而我的假期其實在很早的時間已安排了。當然，安排或不表示一定要放取。但是，在那個過程中，第一，真是有個人的需要而要放假；第二，在工作上的安排已經可以交接；第三，我是正式循正確的途徑，亦得到了部門的主管批准。我是真的有這樣的需要。所以，結果在那段時間亦放了假，但是，我其實也有考慮過在那段時間不放取假期，也有顧及過同事的感受，所以也是頗不尋常的。

在放假前一星期，其實我在部門的會議已提出過，讓同事知道我將會放假。第一，他們沒有甚麼意見，當時我自己的理解是，同事都諒解我的需要，以及我已在SARS病房工作了一段時間，所以，當時亦沒有人有異議。此外，在那個情況下，我也和同事談過，在SARS.....即我放假期間，我是會留在香港的，即我的call機及電話會隨時打開，如果真是有甚麼特別情況需要我，仍然是可以找我的。事實上，在放假期間，我也有不少於6次曾經和醫院內的同事聯絡，在那段期間，我想在安排上，我覺得已經盡了我的能力。

勞永樂議員：

譚醫生，你是不是屯門醫院唯一一個呼吸科顧問醫生？

譚卓賢醫生：

是。

勞永樂議員：

是，好的。有沒有其他譬如說顧問醫生，在SARS疫症期間於SARS病房連續工作多於3個星期？

譚卓賢醫生：

對不起.....

勞永樂議員：

有沒有其他的顧問醫生在SARS期間在屯門醫院內的SARS病房連續工作多於3個星期？

譚卓賢醫生：

呃.....在高峰期那段時間應該沒有。

勞永樂議員：

沒有。你所說的高峰期是指何時？

譚卓賢醫生：

在4月的時間。

勞永樂議員：

4月的時間，之後就有了？是不是之後就有？

譚卓賢醫生：

其實我放假回來後，亦再重新投入SARS的病房服務，所以，如果這樣計算的話，我也是服務超過了4個星期的。

勞永樂議員：

我是問，你剛才說工作多於3個星期，亦是一個放假的理由。因此我想問其他的顧問醫生有沒有同樣工作多於3個星期的？

譚卓賢醫生：

應該沒有。

勞永樂議員：

應該沒有。有沒有高級醫生是工作多於3個星期的？

譚卓賢醫生：

呃.....這個我不是最清楚，但是以我所知，後期好像有一個高級醫生試過工作超過3個星期。

勞永樂議員：

有沒有醫生工作多於3個星期？

譚卓賢醫生：

呃.....我不是最清楚。

勞永樂議員：

主席，我沒有問題發問了。不過，我希望委員會向屯門醫院索取有關資料，即當時的顧問醫生、高級醫生及醫生，在SARS期間連續工作最多的有多少個星期？多謝主席。

主席：

其他委員，我們已超過時間大約20分鐘，有沒有其他問題？

鄭家富議員：

有一個問題，很快的。

主席：

很快的，是嗎？陳婉嫻議員也是嗎？

陳婉嫻議員：

我想問譚醫生一個問題而已。

主席：

那麼，陳婉嫻議員沒有問過，讓她發問吧。

陳婉嫻議員：

多謝主席。早晨，譚醫生。

譚卓賢醫生：

早晨。

陳婉嫻議員：

其實我的問題只是想再問清楚一點。其實當時你放假是否需要醫院管方批准，例如總監批准？

譚卓賢醫生：

對不起？

陳婉嫻議員：

你放假是否需要經過你們醫院的上級管理階層批准？

譚卓賢醫生：

最主要是由部門的主管批准。

陳婉嫻議員：

你的部門主管是哪一位？

譚卓賢醫生：

周亮醫生。

陳婉嫻議員：

周亮醫生。好。謝謝你。

主席：

鄭家富議員。

鄭家富議員：

我只是想問，剛才我第一次提問問題時，譚醫生的口供是說，以你所知，所有插喉的工序都由ICU的醫生做。那麼，據你理解，以你所知，譬如說謝醫生——謝婉雯醫生，即你們呼吸科的高級醫生，據你理解，呼吸系統科是你屬下的一個高級醫生，是嗎？

譚卓賢醫生：

她是專科醫生。

鄭家富議員：

她是專科醫生。那其實在她的紀錄上，以你所知，她有沒有做過插喉的工作？

譚卓賢醫生：

以我所知，沒有。

鄭家富議員：

以你所知就沒有，你有沒有瞭解過她的紀錄？

譚卓賢醫生：

呃……以我所知就沒有。

鄭家富議員：

謝謝。

主席：

各位委員，現在是10時35分，我建議我們休息7分鐘時間，再繼續我們的研訊。好嗎？10點45分回來。

對不起，譚醫生，我心急趕着去休息了，多謝你出席今天的研訊。如果委員會有需要，會再找你幫忙。我們暫時結束這一部分。多謝譚醫生。

(研訊於上午10時37分暫停)

(研訊於上午10時46分恢復進行)

主席：

我們開始了。我們下一位證人是屯門醫院深切治療部部門主管李振垣醫生。

李醫生，多謝你出席今天的研訊。專責委員會傳召你今天來到委員會席前作證及提交證人陳述書。首先，委員會決定證人須要宣誓作供，我現以專責委員會主席的身份負責為你監誓。

你可以選擇以手按聖經以宗教形式宣誓，或以非宗教形式宣誓。請你站立，依照放在你面前的誓詞宣誓。

屯門醫院麻醉科及深切治療部部門主管李振垣醫生：

本人李振垣，謹以至誠，據實聲明及確認本人所作之證供，均屬真實及為事實之全部，並無虛言。

主席：

多謝你，請坐。李醫生，你亦曾向專責委員會提供證人陳述書，你現在可否正式向專責委員會出示有關證人陳述書作為證據？

李振垣醫生：

可以。

主席：

謝謝你。李醫生，為了方便列席人士跟隨本委員會的程序，我們會派發閣下的陳述書給今天在場的公眾人士和記者。為了尊重私隱和其他法律理由，部分內容已被遮蓋。你對於閣下的陳述書有沒有即時想補充的地方？

李振垣醫生：

沒有。

主席：

多謝你。應專責委員會的要求，你亦曾向專責委員會提供閣下的專業資格及經驗的資料，你現在可否確認這些資料都是正確的呢？

李振垣醫生：

是。

主席：

謝謝。李醫生，我想問一問，你作為深切治療部的主管，你可不可以告知委員會，在SARS期間，屯門醫院深切治療部的工作情況，特別是工作量、病人數目的大致情況，可否向委員會講一講？

李振垣醫生：

主席，你的意思是說整個深切治療部，而不止是我個人吧？

主席：

是，深切治療部，沒錯。

李振垣醫生：

深切治療部當時應該是在3月28日那天早上開始收第一個SARS病人進去，之後陸續有病人收進來。我們一直接收得最多的應該是在我們的B8，應該收過9個SARS病人在ICU那裏。中間有段時間，我們把一個叫做心臟深切治療部及High Dependency Unit的

D1 convert了、改裝了，用以增加接收SARS病人的容量。那裏曾經有一個階段收過兩個病人。

主席：

即是最多加起來都是9個……

李振垣醫生：

11個。

主席：

……都是11個？

李振垣醫生：

是。

主席：

如果從工作量的角度來說，這算不算高，抑或是一般還是怎樣？

李振垣醫生：

以病人數目來說，我們ICU不算是特別多得很厲害，但照料SARS病人事實上亦需要一些工作人員，包括醫生、護士，工作量是相對地重，會是忙的，但也是可以處理到的。

主席：

謝謝。各位委員如果有問題，大家可以舉手示意。陳國強議員。

陳國強議員：

李醫生，我想問一下，當時你們深切治療部的人手有多少？

李振垣醫生：

當時深切治療部在醫生方面有我自己、一位顧問醫生和一位高級醫生，我們3個是senior staff，全程都在那裏。然後，我們有5位Medical Officer——5位醫生，他們大約4至5個星期輪一次班左

右。此外，我們應該有40多、50位護士，以及7個健康服務助理。另外，亦有物理治療師及X光放射技術師，他們定時上來幫病人做物理治療、照X光等；亦有其他醫生，有時候我們需要他們的意見，他們也來幫忙看病人、提供意見。

陳國強議員：

那你認為這樣的.....在SARS期間，你夠不夠人手用呢？

李振垣醫生：

當時來說，是可以handle到的。

陳國強議員：

即是沒有問題？

李振垣醫生：

是可以的。

陳國強議員：

那我想問問，當時SARS期間，床位是不是很緊張？深切治療部。

李振垣醫生：

ICU那裏？

陳國強議員：

是。

李振垣醫生：

我們未曾試過收到全滿，完全沒有床位。

陳國強議員：

即全部都有床位？

李振垣醫生：

都有的。

陳國強議員：

總共約有多少張床位？

李振垣醫生：

我們原本在Main ICU那裏有10個預備給SARS病人的床位，然後中途我們convert了其中一個在CCHDU的D1，我們當時是plan了有4個位的。

陳國強議員：

即總共有14個。

李振垣醫生：

是。

陳國強議員：

即可以.....

李振垣醫生：

當時的plan是有14個。

陳國強議員：

那麼曾否試過全部full了？

李振垣醫生：

未。

陳國強議員：

我想問你，在十幾個這類病人當中，有多少個是救不活的？

李振垣醫生：

確實數目應該是.....total總共是.....因為中間有些時間會overlap，總共經過ICU的病人應該是.....總數是十.....加上D1那裏應該有19個，過身的病人應該是12個。

陳國強議員：

即19個病人之中，入了ICU的，有12個救不活？

李振垣醫生：

是。

陳國強議員：

你覺得是人手不夠還是怎樣的情況，以致無法把他們救活？

李振垣醫生：

病人的情況.....有很多病人來到的時候亦有其他疾病，在我們那堆病人當中，這樣的病人也有相當多。而死亡率方面，我想.....我沒有見過其他醫院ICU的相對來說是怎樣，這個我不可以評論。但我不覺得說.....當時大家同事都做得辛苦，但那是可以cope到的。

陳國強議員：

如果在一般情況之下，入了ICU，死亡率會不會這麼高？

李振垣醫生：

這十分視乎病人入院時.....或許說入ICU的時候，病人的情況壞到甚麼地步、他的年紀，還有譬如他本身有沒有其他病患等，有很多其他因素存在。以一般ICU的死亡率來計算，要顧及很多其他因素。

陳國強議員：

有沒有這麼高呢？

李振垣醫生：

有些情況，有些時候，有些病症可以是頗高的，視乎.....

陳國強議員：

都會比這個還高？

李振垣醫生：

視乎甚麼病吧。

陳國強議員：

那你處理SARS期間，有沒有遇上困難呢？

李振垣醫生：

困難一定有，這個病是這麼新，亦是大家從未見過的。

陳國強議員：

即是很難處理？

李振垣醫生：

那堆病人是難處理的。

陳國強議員：

比起其他的.....還是其他的容易些，這類則比較困難一點，是不是這樣？

李振垣醫生：

我不知道議員你所指的其他是甚麼意思。

陳國強議員：

即是需要的人手、照顧等方面，是不是要多很多？

李振垣醫生：

ICU一般來說，病人都是.....即是照顧ICU的病人來說，一般都是.....或許我們說是很labour intensive的，那是一定的。而這堆病人亦有比較特殊的問題，都需要很多人力去做，這個是事實。

陳國強議員：

李醫生，我想問問，在4月12日之前，你們都處理過6個SARS病人……

李振垣醫生：

是。

陳國強議員：

……他們是否全部都需要插喉？

李振垣醫生：

當時在ICU那6位病人，據我現在記憶所及，應該都是插了喉的。

陳國強議員：

即全部都是插喉的？

李振垣醫生：

是。

陳國強議員：

全部都是在ICU裏面插喉的，是嗎？

李振垣醫生：

那6位病人並非全部都在ICU裏面插喉，有些是在病房裏面。

陳國強議員：

剛才譚醫生說過，全部插喉的，都是由你的ICU醫生去負責……

李振垣醫生：

這是對的。

陳國強議員：

在SARS期間，你們在外面幫SARS病房插喉，大約有多少人？

李振垣醫生：

你是指病人？

陳國強議員：

是。

李振垣醫生：

應該……據我記憶所及，應該有4個病人是在病房插喉的。

陳國強議員：

剛才問到，病人差不多兩個鐘頭都上不到ICU，但你說ICU根本從頭到尾都沒有full過，那麼有甚麼理由令他上不到ICU？

李振垣醫生：

當時……我想剛才所說……我想，主席是不是說剛才上一位證人所說的第一名病人——3月28日那一天？

主席：

是，3月28日那天。

李振垣醫生：

當時的情形是，因為我們的ICU平時……因為醫院仍在運作，ICU裏面有其他不是SARS的病人，需要接受ICU的care，我們亦不能預計確實在何時會有SARS病人需要進來。我們的ICU經常性都是滿人的，當時全部床位都有病人，我們需要將一些比較穩定的病人送回外面的病房，以及騰空一些床位來將SARS病人與其他non-SARS的——有些病人需要留下來接受治療，還未可以離開——將他們隔開，減少他們互相感染的風險，那方面的程序需要一些時間，但那個plan了的計劃已經存在。

陳國強議員：

剛才你又說從頭到尾都沒有滿過……

李振垣醫生：

那是.....

陳國強議員：

.....可是現在你又說是滿了，即是怎樣呢？

李振垣醫生：

呃.....

陳國強議員：

剛才你告訴我說從頭到尾都沒有滿過的嘛。

李振垣醫生：

是，那是有SARS病人在的時候。

陳國強議員：

對了。

李振垣醫生：

我refer to的是有SARS病人在的那段時間。

陳國強議員：

對了，我現在說的也是那幾個.....即兩個鐘頭的，都是SARS期間，不是SARS之前的吧？

李振垣醫生：

我剛才所指的未滿過，是指有SARS病人在ICU那裏的時間。

陳國強議員：

對了，而那兩個並不是SARS病人？即剛才勞醫生提到泵氣的那兩個，即上不到ICU那兩個。

主席：

那位是第一位SARS病人在ICU.....

李振垣醫生：

之前的那些病人全部都不是SARS病人。

陳國強議員：

即那個是第一位？

李振垣醫生：

是。

陳國強議員：

但那時候沒有床位，所以上不到？

李振垣醫生：

當時要移動一些病人，以便騰空一些床位來收那一位病人，而且亦令它有些空的床位，使他不貼着一些不是SARS的其他仍需留在ICU的病人。

陳國強議員：

那我想問問，當時ICU的人員有甚麼防護裝置？

李振垣醫生：

收第一位SARS病人的時候？

陳國強議員：

是了。

李振垣醫生：

當時我們戴N95 mask、戴眼罩 —— goggle，戴帽、穿gown、戴glove —— 手套，以及鞋套。還有.....

陳國強議員：

那麼，跟.....

李振垣醫生：

.....sorry，還有一些膠的eye shield。

陳國強議員：

那麼，跟外面的ward有甚麼不同？

李振垣醫生：

據我所知，應該是一樣的。

陳國強議員：

即大家都在用這些東西？

李振垣醫生：

是。

陳國強議員：

即不會你們多一點，他們少一點？

李振垣醫生：

我不aware有這個情況。

陳國強議員：

那你有沒有發覺你自己ICU的人員受到感染？

李振垣醫生：

我有一位醫生受到感染。

陳國強議員：

即14個人之中，有一位是你們的？

李振垣醫生：

不，我那位醫生沒有.....你說的14位.....

陳國強議員：

14個醫護人員受到感染嘛……

李振垣醫生：

是，其中一位是我的醫生……

陳國強議員：

……在屯門醫院。

李振垣醫生：

是，那是我的醫生。

陳國強議員：

即其中有一位是你們的醫生？

李振垣醫生：

是。

陳國強議員：

那麼他是否嚴重？

李振垣醫生：

他復康得不錯，很幸運。

陳國強議員：

他當時的設備是怎樣的呢？

李振垣醫生：

他跟我們其他人是一樣的。

陳國強議員：

那你想他的感染途徑是哪裏？

李振垣醫生：

他跟我們其他的醫生一樣參與照顧那些病人，大家**expose**的危險性，其實相對來說是一樣的。其實，當時我們已決定，譬如插喉那類高風險的程序，是由我們最**experienced**、最高級的那幾位去做。而我**check**過，這位同事沒有幫過任何一個**SARS**病人插過喉；至於其他那些，我想我們3個**senior**所做的插喉，相對比任何一個**MO**還多。

陳國強議員：

即.....

李振垣醫生：

我亦找不到實在是哪個時候或者有甚麼會令他受到感染。

陳國強議員：

即是做高危工作的反而沒有受感染，而可能不是那麼高危的卻受到感染，意思是不是這樣？

李振垣醫生：

當時，事實是做最高危.....當時在我的**ICU**，最高危的步驟，基本上都是由我們3個**Consultant**及**SMO**做，大部分都是。

陳國強議員：

那我想問問，你的證人陳述書第3段說：“No SARS patients requiring ICU care were refused admission to ICU”，我想你解釋一下，**SARS**病人在甚麼情況下，你才准他入**ICU**呢？

李振垣醫生：

我們要看病人當時的情況，看他的臨床情況是怎樣，因為通常病房**send**一個**consultation**過來，是叫我們去**assess**那個病人，看看是否需要進去**ICU**。我們看過之後，如果假定是需要的話，我們便會讓他進去；如果假定是不需要的話，我們可能會轉頭再去**re-assess**，而病房醫生亦會繼續看他。我亦曾經試過有情況是叫了我們去看病人，到我們轉頭再看時，原來是沒有把他收入院的.....**I mean**沒有收過入**ICU**，**and then**是復康出院的也有，不是每一個叫

我們去看的，在當時的情況下都一定已經需要進去，這十分視乎情況是怎樣。

陳國強議員：

李醫生，在4月12日之前，有28個已感染的SARS個案，以及有8個懷疑個案。當中有6個進了你們的深切治療部，餘下的30個，有多少是經你診治後沒有讓他進入ICU的？

李振垣醫生：

我想我們……我無法說那30個當中有多少曾被我們看過，因為通常他們覺得情況有可能、有需要的時候，便叫我們或者我的同事去看那個病人。我不知道在那30個當中，我收過多少個個案，我們的同事又收過多少個所謂consultation——叫我們去看他。正如我剛才所說，我們去看，然後assess過、評估過病人，看看他當時有否需要入ICU，當時假如需要的話，我們會安排他轉進去；假如不需要的話，我們便跟他商量，告訴他們的病房醫生。如有需要，我們會轉頭再去評估，或者隔一天或者甚麼的，或者情況有變的話，他們always可以叫我們去看那個病人。

陳國強議員：

即是你沒有紀錄當時有多少個你是不用他或者不讓他入ICU……

李振垣醫生：

要查也可以查到有多少個consultation，因為我們有一本簿記錄了所有叫我們的同事去看病人的事情，我們有保存紀錄。

陳國強議員：

即你的醫生是有……

李振垣醫生：

應該不是太多。

陳國強議員：

即譬如內科或SARS病房有refer去ICU的都有紀錄？

李振垣醫生：

沒錯。

陳國強議員：

你看過之後，不收的也有紀錄？

李振垣醫生：

應該有的，找得到的。

陳國強議員：

那麼……你有沒有印象在這些病人之中，有沒有人變了SARS之後死亡的？

李振垣醫生：

有一部分病人，有時我們說“不收”的意思是指當時可能未收，然後情況可能有變，隔了一兩天或者兩三天，可能情況變得有需要入ICU的時候，我們會收他進去。當然，亦可能有些病人在其後情況惡化，然後死亡，這些亦有可能發生。

陳國強議員：

剛才你說有很多插喉的工作，你都在開放的病房做。你認為這麼高傳染性的SARS的病，是否適宜在開放的病房做插喉工作呢？

李振垣醫生：

其實我們當初要有病……即使是當初我們有病人在病房插喉的時候，病房的physical environment跟我的ICU那裏其實是一樣的，沒有分別的。而且很多時候，何時插喉、病人是否急需插喉，以及他的情況是否穩定到可以把他搬去ICU才做這個程序，是十分視乎當時的情況，亦要看看當時那位去看病人、預備負責插喉的同事的臨床判斷。

陳國強議員：

有沒有病人是經過你們插喉之後也無需入ICU的？

李振垣醫生：

插了喉就一定上的。

陳國強議員：

一定上的？

李振垣醫生：

是。

陳國強議員：

不會說不用上的？

李振垣醫生：

不會的，插喉之後通常都要駁呼吸機，接着我們都要搬他上ICU的了。

陳國強議員：

好，主席，我沒有問題要問了。

主席：

謝謝。有兩位委員舉了手：鄭家富、陳婉嫻。鄭家富議員。

鄭家富議員：

多謝主席。李醫生，你好。我想問一下，屯門醫院你們的深切治療部最多可以收多少個ICU病人？

李振垣醫生：

我們在SARS期間，最多有12個位。

鄭家富議員：

有12個位。整個過程都沒有“爆”過，是嗎？

李振垣醫生：

沒有。

鄭家富議員：

最多是你剛才所說的9個，是嗎？

李振垣醫生：

是。

鄭家富議員：

那9個大概是甚麼日子，哪個時間？記得嗎？

李振垣醫生：

對不起？

鄭家富議員：

即是幾號，你有沒有印象？是哪段時間，你有沒有印象？

李振垣醫生：

剛才說4月12日開始的時候有6個，接着應該是……陸續一直有病人收進來。我想應該是4月底左右的事。

鄭家富議員：

OK。我也想多瞭解一點有關你們在醫學上的程序，因為你的陳述書第3段，剛才你回答陳國強議員的時候，特別是你的陳述書所用的字眼是“No SARS patients requiring ICU care were refused admission to ICU”，這個所謂“requiring”或“requirement”，通常一定是你們深切治療部及相關的譬如內科或呼吸科部門的主管，大家一起看過那個病人而最後作出判斷，是嗎？你可否多說一點那個程序？

李振垣醫生：

那會是我們出去看病人的同事，不一定是主管。

鄭家富議員：

不一定是主管……

李振垣醫生：

但我們通常都會是……我剛才也說，我們有3個senior staff——我自己、一位顧問醫生及另一位高級醫生。不管我們收上來也好，不收上來也好，通常都會與內科的醫生溝通，到底那個決定是做些甚麼。

鄭家富議員：

即是說兩個部門，即建議入ICU的部門的其中一位醫生，他們多數是高級醫生，還是普通醫生？

李振垣醫生：

說不定的，我不一定知道病房的安排，如果他們有問題，他們亦可consult他們的上級。

鄭家富議員：

而你們呢？你們ICU呢？

李振垣醫生：

通常有些時候，如果我們在裏面正忙着，可能會是Medical Officer出去，但是大多數情況都是我們SMO或consultant出去。

鄭家富議員：

你自己在那段時間，譬如以整個4月來說，你處理是否入ICU病房的決定多不多？

李振垣醫生：

未必每個都經過我，但是其實很多時我的同事看完後，都會跟我商量，因為其實我想我在那段時間幾乎每天都在ICU內，他們很多時都會回來跟我們自己討論。

鄭家富議員：

其實，換言之，每一個病人是否入ICU，即使不是由你直接到部門病房看，但是同事都會回來，由你最後拍板的。

李振垣醫生：

絕大多數都是。

鄭家富議員：

絕大多數都是，即有些不是。

李振垣醫生：

因為有些時候，譬如我出去開會，因為當時亦有很多行政的事情，這些時候我未必一定在ICU內。但是那段時間，基本上每天的上午，我都是physically在ICU內做工作，他們都可以跟我商量。

鄭家富議員：

你說絕大多數，那麼你有沒有可能，譬如大概有多少百分比……你覺得，有多少是沒有經你最後確認是否入ICU的？

李振垣醫生：

我想應該很少。

鄭家富議員：

有否大概的百分率？

李振垣醫生：

很難說，很難說。

鄭家富議員：

很難說。

李振垣醫生：

這問題很難說，但是應該是很少，因為基本上我們很多時碰到面都會談這些case。

鄭家富議員：

是，對於那類型的個案，你有否特別到過病房，看看對病人的決定其實是否合適和正確？

李振垣醫生：

我不一定就每個病人都下去check他們，因為說真的，能夠出去看病……經過的，我的高級醫生都是已有10多年experience的醫生，另外一位亦是Consultant，他們看過assessment，他們會回來和我談，我有時未必一定有時間或需要double check他們所做的事情。

鄭家富議員：

明白。就你剛才提供的口供，說有4個病人曾經在深切治療部以外的其他病房插喉，這4個病人最終都會入ICU，是嗎？你有否看回這4個病人有否經你和其他部門的醫生，是當時他們曾要求入ICU，而因為暫時無須這樣做的判斷而無須進入，即這4個病人中？

李振垣醫生：

有些病人被看過而無須即時入ICU，是有……

鄭家富議員：

有多少個？4個中有多少個？

李振垣醫生：

可能有兩個……由跟我提過是否需要先看一看，直到真的進入ICU，中間隔了一段時間，可能有兩個也說不定，但是不大確實，要看回紀錄才知道。

鄭家富議員：

OK，這兩個是否包括剛才我們所說3月28日要bagging兩小時那個病人？

李振垣醫生：

3月28日當天的一個是第一位入ICU的病人，因為當天出去做插喉的那位是我的高級醫生Dr Peggy TAN——陳醫生。據我向她瞭解，那位病人之前未有consult過我們、要我們出去看過。

鄭家富議員：

這位陳醫生在病房內沒有要求過要入深切治療部？

李振垣醫生：

我們接收到call時是當天很早的時間。

鄭家富議員：

即沒有這項紀錄說當時之前曾經要求入ICU。

李振垣醫生：

沒有，沒有。

鄭家富議員：

那麼另外一個呢？你剛才說有兩個。

李振垣醫生：

對不起，因為據我事後向陳醫生瞭解，她在3月28日出去看第一位病人時，因為當時有其他病人的情況比較不穩定，當時亦有同事叫她去看一看其他一些病人，所以如果那個都算是叫過她看過的話，那麼她是曾看過一些病人，而不是當天便收入ICU，如果沒有記錯，那位病人應該一天或兩天後才入ICU。

鄭家富議員：

我想弄清楚一些事實，即你說隔了一兩天才入ICU的那個，是否就是第一個進入？

李振垣醫生：

不是，是另外.....

鄭家富議員：

不是，是另外一個。

李振垣醫生：

是第二或第三位病人。

鄭家富議員：

第二位、第三位病人，我稍後會再問那位病人，我想先弄清楚……

李振垣醫生：

這是據我向陳醫生的瞭解而我記得的。

鄭家富議員：

明白。要bagging兩小時的那位，你就肯定之前沒有任何要求要入ICU。

李振垣醫生：

這是據我向陳醫生瞭解過是沒有。

鄭家富議員：

是沒有，紀錄也是這樣。

李振垣醫生：

是。

鄭家富議員：

OK，那麼陳醫生或你們的部門之前有否下去看過這位病人？

李振垣醫生：

沒有正式收過consultation，但是他們當時收了幾位病人入來，我們有時會與內科醫生碰頭，曾經提過某些病人的情況，因為那些是很informal，這個很多時會有溝通……經常會見到，我大概知道病房有些病人的情況正在變化，我們大概會知道的，但是正式說所謂我們叫做send for consultation，來叫我們去看的，據我所知是沒有的。

鄭家富議員：

沒有。

李振垣醫生：

據我所知道，是。

鄭家富議員：

3月28日當時你們ICU大概有多少病人？

李振垣醫生：

3月28日早上有14個病人在那裏。

鄭家富議員：

有14個病人在ICU。

李振垣醫生：

是。

鄭家富議員：

即差不多.....

主席：

他剛才已回答說滿了。

鄭家富議員：

當時是滿的，所以便要bagging.....

李振垣醫生：

當時是有需要，而一部分比較穩定的病人，我們讓他們回病房，因為我們想把一些病人放在某個角落，讓SARS的病人與其他non-SARS.....不是SARS的病人分隔開一點，亦預備一些空間.....在那一系列空出的位置中間，如果再有病人到來時，我們就可以安置他們，所以當時需要移動幾個病人。

鄭家富議員：

嗯.....

李振垣醫生：

有一位病人未能離開ICU，於是要移到另一張病床，離開那個位置，是需要一些時間的。

鄭家富議員：

是，因為你說你們ICU，我開始的第一個問題……你說其實12個是最標準的，是嗎？12張病床。

李振垣醫生：

我剛才說，我想我回答主席的問題時說12個，可能要qualify一些東西——如果在SARS期間會是這樣，在平常的情況我們有14張床。但是因為我們的環境，有兩張床的位置是冷氣的風剛好吹向同事的位置，所以在SARS期間那兩個位置，即6號和7號床，我們不會用來放病人，所以便只有12個位。

鄭家富議員：

只有12個位，所以到了3月28日，其實14個已是……

李振垣醫生：

當時有14個non-SARS的病人在那裏。

鄭家富議員：

那麼你面對這麼擠迫……其實工作量開始較大，有否向管方反映ICU會越來越“爆棚”，會令工作量未必能處理得好，特別是在感染措施方面，你有否在這方面動過腦筋？

李振垣醫生：

因為我們平常在ICU的人手會是一位顧問醫生、一位高級醫生，另外5位醫生。在那段時間因為手術室的工作量減少了，當時我自己和另一位顧問醫生，再加一位高級醫生，3個人在那裏，而醫生方面仍是5個，我剛才說我們平常日間有一位顧問醫生和一位高級醫生，當時便多了一個senior staff在那裏。平常公眾假期和星期日的時間，我們on call的senior staff會回去巡房，現時仍是經常性這樣，在SARS期間，我們自行調配我們其中兩個人回去，早上

便多了一個senior staff在那裏巡房，穩定了病人才離去，我們內部都能調配，可以處理。

鄭家富議員：

這是人手方面，但是病房的空間、病床，甚至儀器呢？

李振垣醫生：

在儀器方面，基本上與未有SARS時.....除了要安裝filter，bacteria-viral filter等東西之外，基本上分別不太大。在空間方面，因為SARS的問題，我剛才說有兩張床沒有使用，變成了只得12張床，allow多些空置，對同事亦安全一些。在其他方面，在我們ICU來說，並不算非常擠迫。

鄭家富議員：

為甚麼我這樣問呢？因為我一直的概念及得到的訊息，就是在普通病房bagging了兩個鐘頭，你們要安排很多的調配，給我們的感覺是會否其實ICU病房，當然你們說人手沒有問題，但是空間、儀器其實會否要掌握和調配一段時間才可以上到深切治療部？而那時確實是花了一些時間，令普通病房的醫護人員的感染性會因而提高？這是我們希望取證，去瞭解事實的背景。

李振垣醫生：

或者容許我這樣說，一般來說，我們的ICU是頗忙碌的，很多時候都要讓一些相對穩定的病人到外面的病房，以便再收病人進來。通常的程序是外面的病房ready可以接收病人，病人離開後，我們通常要消毒病人的位置，然後再收另一位病人。一般正常程序，我們平常的做法，很多時都要約一個小時，當天的情況比較特殊一點，因為我們要清理數個床位出來，讓它有physical的separation，所以當時會比平常趕得較厲害。

鄭家富議員：

嗯。

李振垣醫生：

但是要調出哪些病人和大約在哪個位置，這些我們早已計劃好了，而是physically要做這事情的時間。但是我們亦不可能事先

一早調配病床，因為我們是一直仍在運作的醫院，亦有頗多病人需要留在ICU內，我亦很難和不能知道何時有SARS病人到來，預先空了4、5張床，讓他們deprived病人的ICU機會來等病人到來，變了有這情況出現。

鄭家富議員：

但是譬如說3月28日的個案後，因為始終在病房，首先我問你，你對於譬如在普通病房要bagging一個多、兩個小時——這個在治療病人的情況下，這也不是一個十分恰當和可以接受的處理方法，你覺得是否這樣呢？

李振垣醫生：

其實bagging是用一種人工幫助病人呼吸，但是如果用呼吸機和用手來ventilate病人，對病人來說可能會有些分別，這十分視乎病人肺部的情況是怎樣。因為有些病人的情況惡化，是我們說的所謂很stiff，或者有些很困難，對病人來說有時會差一點。但是據我向陳醫生瞭解，第一位病人當時肺部的情況不是那麼差，她用手bagging亦不大困難，病人的血氧含量亦一直維持得很好。所以那個對病人方面來說，我看不到當時有任何跡象說病人受到影響。至於其他方面，當時據我向陳醫生瞭解，負責bagging和最後bag那個patient，送病人入電梯上ICU的，絕大部分時間是她自己本人。而正如我剛才向勞議員解釋，她亦有用bacterial-viral filter，所有在病人氣管，經過喉管出入的空氣都經過bacterial-viral filter來過濾，其實當病人接駁了呼吸機後，亦用同樣的bacterial-viral filter，efficiency和功效基本上是一樣。

鄭家富議員：

但是我們委員會的理解，威院對於在開放式的病房進行插喉的工序，其實他們也覺得不應該這樣做……

主席：

對不起，鄭議員，委員會沒有這意見。

鄭家富議員：

對不起，我意思是委員會是指我自己，主席，不好意思，我的理解，當威院在這經驗上，他們……

主席：

鄭議員，在我記憶中也沒有這資料，即你問先一位證人已問過同一問題，我當時寫了note給你，不過你當時已轉了另一問題，所以我……

鄭家富議員：

主席，你寫給我的note是插喉，不好意思，或者我轉另一方式來問吧，插喉或bagging……在普通病房，當時你們知否譬如威院在這方面的指引是甚麼？

李振垣醫生：

我們沒有見過它有任何寫出來的指引，而其實我在SARS那段期間一直都有與威爾斯醫院ICU的醫生聯絡，因為我與他們——在個人來說——是頗熟落的。

鄭家富議員：

是。

李振垣醫生：

Actually，3月初，應該是10號左右的時間，其實我一直已與他們的醫生，與Dr Tom BUCKLEY一直有e-mail，一方面想問一問他們處理那些病人的經驗，因為這是新的病，我們anticipate會到來，亦有向他們索取他們的防止感染措施的資料，交給我們自己ICU的同事，因為亦要改變……因為physical environment不同，我們細節的東西都要改。我們與他們一直有溝通，有communicate，但是我不大aware曾說過一定不可以在病房內做intubation。而在哪裏做intubation，說真的，是很depends病人的情況，因為假如病人已經呼吸停頓或其他情況，需要resuscitation——我說的是假如——便不可能等待再乘電梯上ICU，等8至10分鐘的時間上去才做，我亦未見過有一個guideline說不可以在病房替病人插喉。

鄭家富議員：

那麼現在說回早前的兩個個案，你早前的口供說遲了兩天上ICU的個案，你可否詳細一些告訴委員會情況是怎樣？

李振垣醫生：

我剛才說，據我知道，最少有一位病人，即陳醫生去看的第一位病人，預備替他插喉的時候，曾看過另一位病人，是同一group的病人，所以我頗肯定她所謂是曾經看過這位病人，and then那個就不是立即收入ICU，另外有否一個或者兩個，我就不敢肯定，所以我說可能有一兩個。我在此不能告訴你詳細的情形。

鄭家富議員：

但是你說遲了一兩天的意思，是你們的同事譬如陳醫生覺得應該要入ICU而不能入.....

李振垣醫生：

是覺得未需要入。

鄭家富議員：

未需要。

李振垣醫生：

是，我想她當時覺得情況未需要入ICU。

鄭家富議員：

未需要，然後過了兩天病情才惡化.....

李振垣醫生：

病人的情況改變了。

鄭家富議員：

這才需要，而不是因為你們ICU病房的擠迫情況.....

李振垣醫生：

Actually，我們收第一位病人時已經空出一列病床，已預留位置收第二位和第三位SARS病人，而與其他non-SARS病人是有些床位分隔開的，那是第一次的movement.....移動病人時已做了。

鄭家富議員：

是，好了，主席，我沒有問題了。

主席：

陳婉嫻議員。

陳婉嫻議員：

早晨，李醫生，我們為了要理解一些事實，有些問題想再追問你，好嗎？是這樣的，你剛才回答我們的同事時，你說你們大約在3月25日有一個SARS病房，即有這樣的病房，是25日……是26日，這個日子不重要。你剛才亦說到你們在第一個SARS疑似個案到來時你們的處理，你剛才說由於你們的ICU的病房是沒有可能空出來等待SARS病人，所以當時在第一個病人的過程中，前線醫務工作者做bagging做了很長時間。我想問清楚一些，前線醫務工作者是否包括謝婉雯醫生呢？

李振垣醫生：

據我向陳醫生的理解，謝醫生是在場的。

陳婉嫻議員：

嗯……

李振垣醫生：

亦可能有一段相對短的時間有bag那個patient，但是我想即使陳醫生自己都不是百分之百肯定，因為這是我事後向陳醫生理解所知道的。

陳婉嫻議員：

那即是說當時她曾做過這項工作。

李振垣醫生：

可能有。

陳婉嫻議員：

我亦聽到一些醫務工作者說，謝醫生當時在那裏做，做的過程都維持了兩個小時的時間面對這第一個病人，這是否事實？

李振垣醫生：

據我理解，在那段時間中，大部分時間physically用手去bag病人的那位是陳醫生。

陳婉嫻議員：

嗯。

李振垣醫生：

她中途離開了一段短時間，打電話到ICU check床，她應該有走開，跟病人的丈夫……因為病人的丈夫應該也是其中一位病人，她跟病人的丈夫交帶了幾句說話，在這中間有少許時間走開了，但是整段時間絕大部分都是陳醫生在那裏做。

陳婉嫻議員：

嗯，即是說陳醫生就沒有被感染。

李振垣醫生：

沒有。

陳婉嫻議員：

謝婉雯醫生就被感染。

李振垣醫生：

是。

陳婉嫻議員：

另外還有一位梁永賢先生亦被感染，是嗎？

李振垣醫生：

請問你的……

陳婉嫻議員：

即後來的，即你們當中的一位醫務工作者，應該叫梁永賢，是嗎？

李振垣醫生：

梁永賢我不知道，我.....

主席：

你是說劉永佳？

陳婉嫻議員：

是劉永佳，我說錯了。

主席：

梁永賢是另一宗研訊。

陳婉嫻議員：

沒錯。

李振垣醫生：

劉永佳我知道。

陳婉嫻議員：

也在現場？

李振垣醫生：

其實，我自己並不在場。事後我曾問陳醫生，她並不是百分之一百肯定，因為他們之前並不認識，而且每個人都戴上面罩，我想，在我方面，不能百分之一百肯定，但那些事情，我想詢問病房的同事，是應該可以旁證出來的。

陳婉嫻議員：

嗯。你們在你們醫院做的事後，即整件事的總結，實在這項內容也應該有的，是嗎？

李振垣醫生：

醫院的檢查.....

陳婉嫻議員：

.....事後的總結。

李振垣醫生：

事後，我們當然間中會作非正式的討論，但正式的調查，我自己個人的involvement就會是，曾向勞工處提供口供，以及向死因研訊庭提供過一些medical report，只不過是這樣而已。

陳婉嫻議員：

嗯。如果我們不在行，從外間看，你剛才回答陳國強議員時說你們有足夠的人手，在ICU內亦有條件做這些準備，而你的時間是26日.....第一個病人是28日，在這期間，威爾斯醫院，你剛才說亦有留意，跟他們有聯絡，你會否覺得.....你剛才回答我一位同事時說你們沒有可能留一些病床來等待SARS病人進來的，這種情況會否過分武斷呢？

李振垣醫生：

我或許可以這樣說，這是一個衡量，因為有其他病人還需要留在ICU內，因為醫院亦在運作中，也有情況危殆的病人需要轉入ICU，有些病人即使我們減省了，譬如我們減少排期的手術等，但有些病人都是不能等待的。舉一個例子，如果有病人患cancer而要做手術，我們仍需要一間醫院及需要運作，或許有人受創傷、車禍或其他意外而接收入院，有需要轉入ICU，我們仍要有一個地方來照顧他們，給他們適當的治療。我想這會是一個資源運用的問題，因為如果我騰空幾個床位出來，又不知道多少天，那麼有些病人便不能進來，或可能要勉強他們進入病房等，我不願見到這種情況。

陳婉嫻議員：

我剛才問會否是一個武斷。我現時從旁觀看，謝醫生與劉先生都在此期間搶救病人，也在這時候受到感染，我們都知道最後，他倆因此而殉職，反而在後期，當你們的準備更加理想時，出現這種情況則較少，你會否真的覺得，你們最初的決定，如果當第

一個病人要做bagging時，能快速地上去ICU，可能這種出現的問題便並不存在了？

李振垣醫生：

我不知道bagging的時間實在對他們受到感染有多少contribution，因為事實上，他們兩位亦一直在高危的環境中工作，而當時的intubation和bagging是其中一個部分，他們可能會在場，當時做這事情而又最接近病人的是陳醫生——我的同事，以及在插喉時會有一位，我們稱為operating theatre assistant的同事在手術室出來協助，最接近他及幫他處理這種事情，很幸運，我們那些同事沒有出事，其實，那些同事如何感染，我實在亦找不出有甚麼特別原因，我亦不覺得會有一個很科學的證據，可以說他們的感染是直接肯定與bagging的那段時間有關係。

陳婉嫻議員：

我想倒轉這問題來問，我知道你們在這過程中，ICU有一個醫生受到感染，是嗎？

李振垣醫生：

是的。

陳婉嫻議員：

他沒有事了吧？

李振垣醫生：

沒有事了。

陳婉嫻議員：

你們有否把這兩類個案，即在前期部分及後期部分在ICU工作，都出現了不同的結果，有否做一個這樣的評估呢？

李振垣醫生：

我不大明白議員的意思，你指的是我這位同事在ICU這位醫生……

陳婉嫻議員：

.....他在ICU工作。

李振垣醫生：

是。

陳婉嫻議員：

理論上，他可能接觸過頗多SARS病毒。

李振垣醫生：

是。

陳婉嫻議員：

但很明顯的是，他身體後來復原，前期兩位醫務工作者在初期，由於你們在普通病房替該名病人進行搶.....即幫他忙，做bagging，而由於ICU仍未準備妥當，這段時間——我們見到是一個較長的時間，即兩者出來的結果，兩位前期的醫務工作者，為了搶救SARS病人，他們獻出了自己的生命，而後期的一位，由於在一個可能較為合理的狀況下，雖然也受感染，但身體沒有問題。我正是提問，你們有否做這方面的評估呢？

李振垣醫生：

我想我們暫時沒有資料可以知道某一位病人感染SARS後，哪一位.....以大家都是年紀差不多及沒有其他疾病計算，哪一些病人會較佳、哪一些病人能復原，其實我們現時並沒有一個科學上的方法可以估計到，死亡率我們可以計算出來，我們看有關的數字可以知道，但是，確實哪一位病人可以復原，哪一位病人不幸地不可以復原，我們暫時是無法預計到的。

陳婉嫻議員：

嗯。你們是否亦.....你剛才說預計不到，你們亦沒有細緻把環境因素、把這兩類不同的情況進行評估，你們沒有這樣做？

李振垣醫生：

我想不可以把其.....我並不覺得在科學上可以把這種情況混為一談。還有，我剛才亦說過，我自己在ICU的那位同事，他在何種情況下受感染，我亦完全是.....我在事後亦跟他商討過，亦完全找不出有甚麼東西會令他特別容易受到感染。

陳婉嫻議員：

李醫生，我提問最後一個問題吧。事後，有否一些同事批評過，在前期處理SARS病人時，由於ICU準備欠佳，而令前線醫務工作者感染，以致獻出生命？有否同事作出這種批評呢？

李振垣醫生：

我沒有聽到有人直接這樣對我說。

陳婉嫻議員：

謝謝主席。

主席：

李柱銘議員。

李柱銘議員：

李醫生，我想請你看看證人口供，回答我的題目第4條，以及題目亦是第4條，問題及答案。第4條問題其實是問了幾點的，不過，我想最公平是，我問一句問題，然後再看看你的答案，即回答有關的問題，然後再看第二個問題，這樣便較清楚，好嗎？你有嗎？

李振垣醫生：

我要先翻看問題。

李柱銘議員：

先翻看問題，OK。

李振垣醫生：

是。

李柱銘議員：

我想用中文發問，較簡單。第一個問題是，是否一定SARS病人要進行插喉時，一定要在ICU？你的答案，其實是不一定的。

李振垣醫生：

沒有這規定.....

李柱銘議員：

是不需要的。第二個問題是，當SARS爆發期間，有否一些SARS病人在屯門醫院的普通病房進行插喉，而不在ICU進行插喉的。你則說是有的。

李振垣醫生：

是。

李柱銘議員：

“There were occasions”——第三條問題，請你留心看，如果有，即如果在普通病房進行插喉，為何這類插喉要在普通病房進行而不在ICU進行呢？這條題目，你沒有回答，你看看是不是，這個問題並沒有回答。因為第四條題目便問，有否醫務人員及不是SARS病人因為這樣而感染SARS？意思是，因為在一個普通病房進行插喉，因為有人在普通病房進行插喉，而不是在ICU進行，又有沒有其他人受到感染？第四條，你又有回答的，你則說你不知道有沒有人因為在SARS病房進行插喉而受到感染。問題是，不是在SARS病房進行插喉，而在普通病房進行插喉，而令醫務人員或其他病人會感染SARS，你明白嗎？請看看第三條及第四條問題，你便知道，第三條你沒有回答，第四條你則答錯了。當然，我並不是說你故意答錯。請你自己看看英文版。

李振垣醫生：

如果第三條題目是問，為何病人在病房而不是在ICU進行插喉？

李柱銘議員：

是的。

李振垣醫生：

其實，正如我剛才說過，病人有需要在何處插喉，很depends on.....

李柱銘議員：

不是，不要說需要，剛才你是有略作回答的。

李振垣醫生：

是。

李柱銘議員：

但我現時看，你自己在有關的答案中的第三個，即第4條的第三個問題，是沒有回答的。這點，你是同意的，是嗎？

李振垣醫生：

我當時沒有留意 —— 在我回答的時候。

李柱銘議員：

所以便疏忽了，沒有回答這條題目。

李振垣醫生：

是。

李柱銘議員：

但第四條與第三條問題是很有關連性的，即是如果在普通病房進行插喉，而不在ICU進行插喉，有否因此而令一些醫務人員及一些普通病人都感染到SARS，因為這樣而感染了SARS？而你的答案則說你不能夠說有沒有人，因為有些人在SARS ward內，你這個SARS ward是否即是open ward？

李振垣醫生：

當時，如果把一些open ward用來接收SARS病人，這樣便叫SARS ward而已。

李柱銘議員：

哦，都是當作open ward？

李振垣醫生：

其實是一樣的。

李柱銘議員：

OK。即是第三個問題，你剛才有回答的，你說，譬如呼吸也停止，難道要等8分至10分鐘才到ICU嗎？因而便迅速地進行插喉，是否這個意思？

李振垣醫生：

有些情況，假如在這樣的情況下，都是需要緊急的，或者有些情況是病人可能不適宜，又或病況不適宜轉往ICU，有些時候，便會就地處理。

李柱銘議員：

其實，我們的問題並不是假設的，其實，第三部分問題其實是想問你，有否.....應該有沒有插喉？“If yes, why”，為何要這些插喉？因此，應該要逐個case告訴我們，又譬如總共有5個是這樣做的，應該在ICU進行，不過，因為以下情況，所以便沒有做。請逐個說一說，我相信提問題目時是這樣提問的。

李振垣醫生：

是。

李柱銘議員：

如果你只提供一個假設，譬如停止呼吸，其實，未必真是這樣的情況，是嗎？

李振垣醫生：

最初的幾位病人——在SARS病房進行插喉的幾位病人，just happened，都是由陳醫生處理的。

李柱銘議員：

嗯。

李振垣醫生：

我事後也有向她瞭解過，頭兩位病人，當有需要插喉時，已經採用所謂“BiPAP”的機器幫助呼吸，並不是插喉，是non-invasive的，放在鼻子上的mask。

李柱銘議員：

嗯。

李振垣醫生：

其實都已經是一種人工輔助呼吸的方法。他們的情況未必可以接受中間……因為這台機器不可以跟隨着病人遷往或離開電源，或者氣體的來源，這樣的把它搬動，那兩位病人基本上是未必可以的。當時陳醫生的評估是，她未必可以把他們遷往ICU房。

李柱銘議員：

好了，請先停一停。我想在這兒先問一問，是否無法做到呢？

李振垣醫生：

這個是……

李柱銘議員：

……已有另外的方法在處理中，你說不可以拔出來，再送往ICU，是否這個意思？

李振垣醫生：

是的。頭兩位病人是的，仍是沿用我們叫“BiPAP”的一個輔助呼吸儀器。

李柱銘議員：

即使晚一些，發現他真的要送往ICU，也做不到嗎？

李振垣醫生：

我們無法可以嘗試一下，看看是否可以，然後不行，才考慮其他，for病人來說，是不可以的.....

李柱銘議員：

.....必定是太晚啦。

李振垣醫生：

當時的評估，因為據我所知，那兩個病人已經是採用了BiPAP幾天。即是說，其實他已經有儀器幫助呼吸，只不過不是經一條喉管進入氣管幫助呼吸。

李柱銘議員：

所以這類病人便無法進入ICU了？

李振垣醫生：

不是，如果把病人遷往ICU，中間那段時間存在一個風險。我們評估過，覺得有關風險對病人來說是大的，我們不可以說中途嘗試一下，如果不行，才“臨急臨忙”再在lift處理或其他，因而我們要評估那段時間，病人是否可以接受到在transfer那段時間離開機器。

李柱銘議員：

嗯。還有呢？我剛才插問了，不好意思，你還有的，你指那兩個是這樣，還有沒有其他呢？

李振垣醫生：

另外兩位，接着另外有兩位，我已向陳醫生check過，當時病人也需要很高的氧氣濃度，其血氧含量亦相當低。或許我可以順帶說少許，其實，移動一個病人，在插喉之後，如果要移動病人——在相當缺氧的情況下，可能有些在不斷地咳嗽。第一，他在中途的時候，凡在ICU工作的人員都知道，移動一些危殆病人，對病人來說，是相當危險的，中間的氧氣供應可能未必可以達到他當時需要的份量，如果病人有少許缺氧，很多時候都會有些混亂，亦有危險性存在，即使陪伴他的staff——同事，都會有危險，例如

咳嗽的口水，也會有病毒存在，相對來說，如果我們就地插喉，病人呼吸的空氣都經過氣管——插入氣管的喉進入，亦經過bacterial-viral filter，然後再出來，在這種情況下，未必會是在病房插喉後才移動patient，未必比把一個已經相當缺氧的病人搬往ICU更危險，所以我想當時陳醫生是有這幾種情況的考慮，於是便決定在病房內替病人插喉。

李柱銘議員：

這些是clinical decision？

李振垣醫生：

是。

李柱銘議員：

我想因為我不是醫生，我每次進入醫院，都是病人，如果在SARS的.....如果在ICU進行插喉而令有些人感染SARS，是否一定較在open ward少呢？

李振垣醫生：

我不可以這樣說，因為其實在當時的情況、ICU的環境，與外面接收SARS病人的open ward，其實有關的空氣流通，即ventilation各方面，其實沒有分別。我們當時還未裝置additional抽氣扇，那段時期大家還未裝置，有關的環境並沒有分別。而據我所知，我向陳醫生瞭解，當時她插喉的病人是自己在一個cubicle，四周亦沒有其他病人。

李柱銘議員：

對醫療人員來說，在ICU感染SARS的機會是否比在open ward小呢？

李振垣醫生：

我不敢這樣說，因為如果指一般在ICU的工作，那堆病人一般較危殆。如果情況欠佳，很多時候，那些病人噴一些病毒出來，亦會是的。ICU病人亦不可以自己起來去洗手間，很多時候，他們亦有肚瀉的情況，糞便亦含有很多病毒，這環境是相當危險的。

李柱銘議員：

你說完全沒有分別？

李振垣醫生：

我想ICU可能.....如果你問我要說的話，可能ICU較外面病房的危險性更多也說不定。

李柱銘議員：

但在警覺方面，在醫療人員來說，ICU肯定要特別小心，因為整個ward都要很小心，甚麼都要很小心，是嗎？

李振垣醫生：

我想，我不知道他們的病房的警覺程度達到甚麼地步，但我自己ICU的同事則相當警覺。我們基本上不停提醒同事要小心、要洗手，一發生任何事情便.....放工要先洗澡才離去，即依照那些防止感染的程序，我們不停有人提醒同事。

李柱銘議員：

譬如醫生或護士進入ICU，其警覺肯定是.....我只是自己這樣想，是否肯定比在普通病房高呢？

李振垣醫生：

在ICU內，我不知道，我不敢說我知道，我只能說我的同事警覺性是相當高的，但是否一定比普通病房高，因為我不敢說普通病房是否一定比我們低，我不可以說。

李柱銘議員：

有否一些數據呢？譬如事實上，醫療人員在普通病房感染SARS是高，還是比在ICU內感染低呢？

李振垣醫生：

我的ICU，我剛才說過我的ICU內總共有多少醫生、多少護士、多少工作人員，我們so far只有一位醫生被感染。病房方面，我們知道有些同事感染了，但.....

李柱銘議員：

.....多於一個？在普通病房受感染的是多於一個？

李振垣醫生：

有些在普通病房工作的同事是受到感染，但如果說感染率，我估計要計算總共有多少同事在那些病房內工作過，即使不計算工作時間，以人數也要計算，我手邊並沒有一個數目，不能提供一個感染率。

主席：

李議員，因為我們亦知道的，你問這位證人，可能未必得到這些資料，譬如瑪嘉烈醫院所有急症部，對不起，深切治療部的醫生都全部受感染。

李振垣醫生：

嗯。

主席：

即這個是百分之一百的。

李柱銘議員：

我最後一個問題是，當陳醫生做bagging時，其他醫生在旁協助，即是如有需要便協助，是否這個意思呢？因為陳醫生自己在處理中。

李振垣醫生：

我不知道會否全部時間他們都在她側邊，我不知道。

李柱銘議員：

嗯。

李振垣醫生：

未必一定會全部時間在側邊，有些時候有其他工作，可能會“行開行埋”。

李柱銘議員：

陳醫生是否肯定在經驗上較其他醫生高很多呢？

李振垣醫生：

陳醫生應該是有十幾年經驗。

李柱銘議員：

是較其他醫生高，是嗎 —— 當時？

李振垣醫生：

當時在場的，她應該是最senior。

李柱銘議員：

OK。謝謝你。

主席：

各位委員，我們要把握時間，因為我們已經超過15分鐘，我們還有3位證人在後面。麥國風議員。

麥國風議員：

李醫生，你說.....我想你的醫院在未接收SARS病人前，你亦有跟Dr Tom BUCKLEY瞭解一下關於處理SARS或ICU病人的情況，是嗎？

李振垣醫生：

有。

麥國風議員：

有，是嗎？那麼其實他有沒有給你資料，說大概有十多廿percent的SARS病人都會需要ICU的照顧呢？

李振垣醫生：

Offhand我不記得有沒有特別提過percentage，我當時和他溝通主要是兩方面，一方面就是那些病人的特性是怎樣.....

麥國風議員：

嗯。

李振垣醫生：

因為我們未見過這個病，我們都expect將會有這些病人來到我的ICU。另一方面就是他們的防止感染措施。當時主要的溝通是圍繞這兩方面。有沒有特別確實提過那個百分率，我不記得有或沒有。

麥國風議員：

那麼請你看看文件A111。有了嗎？李醫生。

李振垣醫生：

是。

麥國風議員：

其實那是一個表，說出有關醫院處理了多少個SARS病人，接着是死亡有多少。看到屯門醫院，處理了87個病人，有25個病人死亡，如果計算死亡率，有28.7%。相比其他醫院來說，除了大埔醫院，大埔處理了57個病人，死亡有19個，大埔醫院是33.3%。如果說起來，你們比較.....最後的第二名，倒數第二，即甚麼意思呢？就是最多人死亡。如果說整體的數字，我們總共有1 755個病人，有299人死亡，死亡率是17%。即是說，你們的死亡率真的較為高一點。為甚麼你剛才回答鄭家富議員時說——你是否處理了19個病人，即ICU，是嗎？

李振垣醫生：

是。

麥國風議員：

有12個病人死亡，是嗎？

李振垣醫生：

是。

麥國風議員：

即你們的死亡率有六十幾percent。你可否評論一下，為甚麼你們已是比較後期處理SARS病人的了，為甚麼經驗或者處理仍然都好像比較表現得不太好呢？

李振垣醫生：

我想對於SARS病人的死亡率，我們現在的知識多了一點。

麥國風議員：

嗯。

李振垣醫生：

有很多時發覺病人的死亡率和他的年齡、有沒有其他疾病，以及他最初發病的時候有一些病況，有很多其他的因素存在。如果只是拿一個很gross的死亡率來比較.....

麥國風議員：

嗯。

李振垣醫生：

.....我想這不是一個很科學的方法。因為要breakdown一併來看，譬如會否我那裏的病人年紀大的特別比較多呢？有其他病的病人比較多呢？因為要把這些因素計算在內，以及病人by the time he present.....即開始發病的時候的情況如何，亦有影響，我們發覺亦有影響死亡率。所以如果就這樣單純拿死亡率的數字來比較，我想並不是一個.....

麥國風議員：

不是太公道。

李振垣醫生：

.....非常科學的方法。

麥國風議員：

是否不是太公道呢？

李振垣醫生：

我不會說……我只能夠說這不是一個很科學的方法。

麥國風議員：

不是很科學的方法。不，這也是一個計算方法吧。不過，最重要的是，我想瞭解究竟問題出在哪裏。你剛才提過，有其他的問題，或者年紀老邁，是嗎？其實你處理的病人，有沒有就如你剛才所說的問題？……這麼多複雜的情況？

李振垣醫生：

我的那批譬如年紀大的也有一些，**offhand**我不能就這樣告訴你，我有多少病人過了某一個年紀，不過肯定有一些病人年紀比較大，過了50、60歲的也有。有些病人有其他病，**offhand**我記得有一個病人剛剛肝炎康復了不足一兩個星期，然後染了病，諸如此類的，其他病的病人亦有。所以，若要計算的話，我想除非將他們的年紀等其他因素都計算在內，才可以比較科學地做到比較，如果你真的要比較不同醫院的話。

麥國風議員：

嗯。那你覺得你自己的表現如何？但是你始終有個……你又不給我們一個更加科學的方法去計算，我使用現有的資料，因為你沒有資料給我嘛。而我又不可以說其他病人不是好像……並沒有你剛才提及有關的可能性資料，你又不能給我，你就說一下你如何評估自己的表現？

李振垣醫生：

我想不單是我自己個人的表現，我想整個ICU，由上至下，包括護士，包括健康服務助理，在那段時間全部人都非常努力地去工作，我們的護士沒有換過班，全部人都做足全個**period**，全部時間，亦非常努力地去幫病人。當然，見到病人死亡，甚至當中有些是我們的同事，我們當然不會開心，也覺得悲痛，這是事實。

麥國風議員：

OK。主席，我沒有其他問題。

主席：

陳婉嫻議員。

陳婉嫻議員：

主席，我想簡單跟進一個問題。李醫生，剛才你回答我的問題的時候，即談及第一個SARS病人.....在3月28日的時候，你回答我們同事的問題的時候，你一直都強調一點，就是覺得沒有理由空置ICU，應該繼續收更多病人。因此，在一般的病房裏，我們看到謝醫生在醫務工作者前面，做bagging，做了很長時間——這個是我們在旁邊看，你卻認為看不到時間有多少。不過，事實上，他們出了問題。那我想問，ICU——直至你們決定成為有SARS病房之後，仍然覺得不需要準備一些空置的床，來收一些SARS的疑似個案上去ICU？這個決定是你的決定，還是你們總監的決定呢？

李振垣醫生：

這個當時我們沒有清.....我不記得曾經很仔.....很specific就這個問題和總監討論過，但是我們應該曾經決定.....我們之前有一個計劃，即移動甚麼病人等，這是有的。我卻不記得有沒有特別就這個問題和總監討論。我記不起。

陳婉嫻議員：

你說不記得你的討論，但你當時有沒有提到，威院的爆發是很快的，當時的不知名病毒，但去到你們那裏已經是比較後期一點了，在3月28日。那我剛才用的字眼就是說，你們這個決定是否武斷了些呢？但你沒有回答我。我現在再問，這個決定到底是你，還是管理階層方面，即上面的總監，抑或有關控制傳染病的郭醫生的決定呢？

李振垣醫生：

我想，當時我們很多時基本上每天都有開會討論如何處理問題。

陳婉嫻議員：

有沒有討論過這個問題呢？

李振垣醫生：

我沒有會議紀錄在手邊，我不記得有否很特定地、specific地討論過這個問題。

陳婉嫻議員：

OK。多謝主席。

主席：

勞永樂議員。

勞永樂議員：

主席，我離開了一會兒，如果有一些問題已經問過，你可以停止我。

首先申報，李振垣醫生是我的同班同學。多謝你到來，李振垣。

我想瞭解一下，病人在28日由SARS病房轉去ICU的時序。主席，剛才有沒有人談過時序？

主席：

很多人問過。

勞永樂議員：

甚麼時間，甚麼時間 —— 那些？

主席：

甚麼時間倒沒有問過。

勞永樂議員：

好，我嘗試一下。

主席：

不過也知道是在早上。

勞永樂議員：

好，你說有一位陳醫生——高級醫生，在那天早上看過他。那天早上第一次看他，有沒有一個紀錄呢？甚麼時間？

李振垣醫生：

陳醫生曾經就這件事做過一個statement。但是我不大記得是否交給勞工處還是甚麼場合的。那裏有一個頗清楚的時序。當時據我所記得，向陳醫生理解，她在那天早上接到call，大概應該是7時左右的時間。

勞永樂議員：

是。

李振垣醫生：

她回到醫院看第一位最終收入ICU的病人。

勞永樂議員：

是。主席，如果有一個清晰時序的交代，我們可否取得那個陳述給委員會參考？

主席：

勞議員，我們要視乎那個是甚麼紀錄，究竟是死因研訊的部分還是甚麼，我們才再考慮，好嗎？

勞永樂議員：

如果這樣，我再問一兩條簡短問題。7時左右接到要求去看，那麼，陳醫生在甚麼時間去看那個病人呢？

李振垣醫生：

應該是……據我記得，因為我手邊沒有一份白紙黑字的紀錄，應該大約8時左右。

勞永樂議員：

8時左右。那麼，看過以後，在甚麼時間插喉呢？

李振垣醫生：

應該在看完之後，然後做那個程序，直至做完，我想一般來說，估計大概是15至20分鐘左右……

勞永樂議員：

即大概在8時30分已經插了喉嗎？

李振垣醫生：

差不多。

勞永樂議員：

那病人在甚麼時間入ICU呢？

李振垣醫生：

大約在10時左右。

勞永樂議員：

10時左右。8時半到10時都有一個半小時。

李振垣醫生：

一個小時多一點，是。

勞永樂議員：

我……主席，我就是想取得這些時間。李醫生可以稍後再確定這些時間……

李振垣醫生：

這是大概的時間。

勞永樂議員：

你有沒有可能確定得到這些時間？

李振垣醫生：

我想可能最清楚的是陳醫生那份statement，which is我想主席.....我不記得清楚到底那份是否交給死因庭，還是交給勞工處，我不知道是否恰當我們可以交出來.....

主席：

我們事後會去跟進的。

勞永樂議員：

我們事後跟進，確定這數天的時間，多謝主席。沒有問題。

主席：

各位委員，如果沒有問題，我們很多謝李醫生出席今天的研訊，如果我們日後有需要，會再找李醫生幫忙，好嗎？

我們繼續研訊。我們會邀請下一位證人。我們下一位證人是屯門醫院的感染控制主任郭德麟醫生。

(郭德麟醫生進入會議廳)

郭醫生，多謝你出席今天的研訊。專責委員會傳召你今天來到委員會席前作證及提交證人陳述書。首先委員會決定證人須要宣誓作供，我現在以專責委員會主席的身份負責為你監誓。

你可選擇用手按聖經以宗教形式宣誓，或者以非宗教形式宣誓。請你站立及依照放在你面前的誓詞宣誓。

屯門醫院感染控制主任郭德麟醫生：

本人郭德麟，謹以至誠，據實聲明及確認本人所作之證供，均屬真實及為事實之全部，並無虛言。

主席：

多謝你，郭醫生，請坐。

你亦曾經向專責委員會秘書提供證人陳述書，你現在可否正式向專責委員會出示有關證人陳述書作為證據？

郭德麟醫生：

可以。

主席：

謝謝你。郭醫生，為了方便列席人士跟隨本委員會的程序，我們會派發閣下的陳述書給今天在場的公眾人士和記者。你即時對你的陳述書有沒有一些地方想補充呢？

郭德麟醫生：

沒有。

主席：

謝謝你。亦應專責委員會的要求，你向專責委員會就屯門醫院感染控制組在處理嚴重急性呼吸系統綜合症爆發方面的表現，以及須要承擔的責任提交了意見書。你現在可否正式向專責委員會提交有關意見書作為證據呢？

郭德麟醫生：

是。

主席：

多謝你。亦應專責委員會的要求，你也向專責委員會提供閣下的專業資格及經驗的資料，你可否確認這些資料都是正確的？

郭德麟醫生：

是。

主席：

好，謝謝你。郭醫生，我想問你一個簡單問題，可否說一下，在屯門醫院做感染控制，當其他醫院都已經有一些爆發的訊息出來時，你在屯門醫院做過些甚麼去加強感染控制的工作，可否告訴委員會呢？

郭德麟醫生：

其實我們今次處理SARS，並不是等到其他醫院有爆發的時候，我們才開始做事的。如果翻看我們醫院本身的紀錄，在2月上旬的時候，我們已經開始留意到有一個當時叫做非典的情況出現。我們那時已經開始提醒同事，留意會否有一些疑似的個案。那時已經開始提醒同事要留意感染控制措施，注意飛沫傳播的途徑。到3月中的時候，我們便開始預備接收非典病人。其實在開設A5之前，我們已經有兩個病房正在做一些隔離的工作。所以其實我們在那段時間一直在做籌備工作和教育工作。除了盡量希望正在做的病房可以達到感染控制的要求外，亦希望預備其他同事，如果我們要進一步開放其他病房的時候，可以做到這件事。所以我覺得，我們那時最主要的預備工作，就是在於擴闊預備的層面，讓其他同事如果有需要參與這項工作的時候，他們會做得到。

主席：

好，謝謝你，郭醫生。其他委員如果有問題便舉手示意。陳婉嫻議員。

陳婉嫻議員：

主席。你好，郭醫生。我們為了瞭解情況，所以有一些問題要問你。我知道你是屯門醫院的感染控制主任，是嗎？

郭德麟醫生：

是。

陳婉嫻議員：

聯網也是你負責的嗎？

郭德麟醫生：

沒錯，陳議員。

陳婉嫻議員：

你在這方面有很豐富的經驗？

郭德麟醫生：

其實我在感染控制和職業安全方面都花了一段時間，我本身已經在這個聯網做了8年顧問醫生，而之前亦一直負責微生物學工作。至於職安方面，當醫管局數年前開始設立職業安全 and 健康系統的時候，當時我們屯門醫院是醫管局選出來的試點醫院。在當時來說，我們已經和職安局有很多接觸，而且在屯門醫院裏建立了一個職安的結構。而自此我也一直參與職安的工作。當職安局成立醫療行業的安全委員會的時候，我亦是首屆的主席。

陳婉嫻議員：

好，謝謝你。你對傳染病都有很豐富的經驗。你剛才回答主席說，你看到其他醫院的爆發，你亦做了準備，我想問你的措施是些甚麼措施呢？

郭德麟醫生：

當時來說，其他醫院的資料，我們是有幾個層次去交換消息的。我和其他醫院的微生物學醫生亦會一直看看大家知道些甚麼資料，大家交換資料。我也知道我的內科同事亦和其他醫院的 counterparts 同事有討論，我知道我們內科的醫生和瑪嘉烈方面有討論，剛才李醫生也向你們解釋過，他當時亦有和威爾斯的深切治療部方面有接觸。當時我們很早已經form了一個Core Group，包括醫院的管理層和一些高級資深醫生，一直在看我們醫院的情況發展。當時我們的聯網總監很多時去總部開完會，然後回來和我們開會，亦會和我們分享從其他醫院聽到的事。我們當時會看看自己的情況，研究如何去調節。我自己本身來說，主要就是負責看看病房的感染控制措施是否足夠，有些甚麼地方我們需要去upgrade，以及考慮提供甚麼教育或者培訓給同事。

陳婉嫻議員：

我想問，你有關的資料是你自己從你的經驗，還是醫管局的總辦事處提供給你的呢？

郭德麟醫生：

各樣都有一些的。因為當時總辦事處一直都有給我們指引，給我們資料。而我們本身也在自己同事之間大家互相討論一下，看看這個病的情況是怎樣。因為當時的病很新，大家都沒有一

個……一定確切的資料，只可以互相研究討論在大家手上的第一手資料，所以很多方面都有的。

陳婉嫻議員：

郭醫生，你當時的感覺，即總部給很多資料，你們又討論，會否有時出現一些混亂，以及資料經常更改，有沒有這樣的感覺呢？

郭德麟醫生：

嗯，總部一直都有新的資料下來，但我亦瞭解這是一個很新的病，是不斷有新的知識出來的。有些新的知識……我便覺得是一個很好的做法——有新的知識，我們立即回去看回我們手上現在進行的工作，有沒有甚麼可以做些fine-tuning，即可以做些調節，去適應新資料，我覺得這個是應該做的方法，而不是說這個會引起混亂。

陳婉嫻議員：

你覺得是有效的——當時？

郭德麟醫生：

我覺得有需要。

陳婉嫻議員：

即是說你所有防感染的，你都全部有告訴在前面打仗的醫務工作者，對不對？

郭德麟醫生：

是的，包括總部那裏，即包括我在世衛，或者是在CDC的網頁中看到有些甚麼我覺得是他們可能也值得知道的，我都會派出去。

陳婉嫻議員：

但是我們很明顯看到，在譚卓賢醫生的陳述書中都提到，即有關他們在一些開放的病房中做一些有關插喉的工作。你是否也認同這些做法的？

郭德麟醫生：

插喉工作的問題和風險，我剛才都留意到各位委員是很着重的。但我們可以看，插喉在飛沫傳播中是有一個風險，但那個風險有多少，這是沒有人知道的。另一方面來說，我一直留意到大家覺得這是不是一個問題——在普通病房做插喉。但剛才……其實我們要看看在普通病房的環境和在深切治療部的環境，是不是真的有分別呢？另外要看的是，其實我們由開始我們已經知道插喉工作的風險，亦是這個原因，我們所有SARS的病人，都是由ICU資深的醫生去負責這個插喉工作的。

陳婉嫻議員：

但是你如何評估……你這種做法和威院是有些不同的——威院我們看到的是他們是在ICU做這個工作，你們便在一般的病房做。你當時有沒有評估這種做法呢？

郭德麟醫生：

我那時候有看那個做法，我知道那時候我們在插完第一個病人之後，我們亦有些同事也有討論，看看究竟兩邊做的分別有多少。但我始終是要說一句，其實做的人是沒有分別的，那個環境……其實病房和ICU的環境也沒有分別。我們那時候ICU和SARS房的PPE也是沒有分別的，大家是一個等同的處理。我們那時候ICU和SARS病房的PPE都是最高規格，所以那時候是看那個環境跟我現在看那個環境，我都可以向陳議員你說——兩邊不應該有分別。

陳婉嫻議員：

但是我們看到一個事實，就是第一個病人在一般病房做了那個bagging。但因為當時要等ICU那邊，幾位醫務工作者便是在那時候……我們看到他們因此而感染了SARS。如果你說假如在ICU已經準備好，那應該我們希望不會出現謝醫生……這個過程都令到我們很傷心……的犧牲。即會不會你當時在ICU做了這個工作，便不用等？

郭德麟醫生：

謝醫生感染這件事我本人也很難過，但是我希望我們在這裏討論這件事的時候，分開這個感染的事例跟ICU和普通病房的環

境。我剛才已經說，如果你只是說看客觀因素來說，你在ICU和SARS病房的环境應該是一樣的。

至於說是不是在ICU那邊我們留空病床去等SARS病人，我想剛才李醫生那個理據大家都聽過。我想指出的是，我們如果現在看——那時候有病床早些入會不會好些？但另一方面，如果我們那時候作為一個病人家屬，你聽到ICU留空了幾張病床不收人，原因是我們在等一個SARS病人入去。如果他是普通病人的話，我們其實是剝削了那個普通病人的權利。

陳婉嫻議員：

郭醫生，我們是主要想瞭解清楚問題……

郭德麟醫生：

是。

陳婉嫻議員：

亦不想說回我們大家都傷心的事。不過我自己仍然想追問這方面，好不好？因為如果由我們外行人回看那個過程，即威院是在10日便已經有10多個醫務工作者感染，一個不知名的病；但來到屯門的時候，已經定了名是SARS，即我們清楚它的名稱。當然我同意那時候都有很多因素我們未掌握，到現在仍有些事不斷地理解。但是，是小心好些還是當我們不知道的時候，我們做那個武斷的決定好些呢？

郭德麟醫生：

首先，我們屯門開始處理後來叫做SARS病人，不是等到已經叫做SARS我們才處理病人，我們第一個病人是在10日入院的，所以便不存在說我們是比別人遲很多。至於說那個分別來說，其實我們剛才已經有一位呼吸病科的專家、一個深切治療科的專家，他們兩位是在完全不同的立場，他們兩位都同意是沒有分別。而我本身來說，我亦是在那時和現在去看，我也是覺得是沒有分別。插喉沒錯是一個風險比較高的步驟，但是插喉的風險……在ICU和普通病房的風險不會因為我們換了那個環境而減少。

陳婉嫻議員：

但是，我們看到的情況就是，在4月12日之前和4月12日之後，出來的結果……即是當然這可能對這個過程或者有些不公平道……但我們看到的結果就是，收第一個病人便令到我們兩個醫務工作者受感染，並且獻出了他們的生命，所以我們便很想研究這個決定是不是武斷。當然你們一直也不同意。我便想問一樣，其實你在這個問題，你剛才說了收了第一個病人之後，你再討論你們自己，這個討論是基於你們覺得謝婉雯醫生是因為做一些bagging……那個泵氣的過程……很長，可能感染了。是不是這個原因令到你們討論呢？

郭德麟醫生：

陳議員，你剛才的問題有幾點我不同意。第一個就是初時我們的同事致病的原因。雖然，他們兩位都參與急救第一位入ICU的病人的工作，但你聽到剛才兩位同事都已經與大家說，他們不是直接插喉。第二件事情，就是你要知道，謝醫生在我們第一位病人在10日入院的時候，她已經開始照料非典的病人，所以其實中間有沒有其他因素是我們不知道而引起那個感染的呢？即是我不可以很確切對大家說，一定是因為他們參與急救所以有事。我們要看SARS病人在醫院爆發是有很多因素的，即使今時今日我們看回WHO或者CDC新一些的資料，它都承認說有很多因素是未知的，亦有很多因素——例如他在病房環境會不會是在表面上積累了呢？會不會是在手上帶到黏膜接觸呢？究竟空氣傳播的危險有多少呢？另外，剛才亦提過，除了說插喉外，那裏有病人用正壓呼吸機，那裏又會不會有因素呢？所以即是我們要知道是有一系列不同的因素可能會引起這個病症。而我們兩位同事同一天入院，但未必表示他們是在同一個環境因素之下傳染到的。我只是想委員會知道，是有很多可能性存在，直至現在來說，我們也沒有辦法確切地說出，是哪一個可能性。

陳婉嫻議員：

郭醫生，我剛才的問題的焦點就是說，你曾經在答我問題的時候，你說你們在收了第一個病人之後，你們有討論過……

郭德麟醫生：

是……第二個問題……

陳婉嫻議員：

我就是想問……是那個問題觸發到你這樣呢？

郭德麟醫生：

是，不好意思，是我忘記了。第二個問題就是，你要記着我們是在28日有這個第一個病人進入ICU，但如果我沒有記錯的話，謝醫生是在3日深夜病發的，所以不存在說我們謝醫生病發了，我們才去討論；而是我們在插喉之後，我們兩邊的同事已經去檢討說我們會不會有些事情，如果我們再有第二個插，或者第三個插的時候，我們會不會有些事情我們再可以smooth些……大家合作那裏……會不會有些事情我們可以繼續改進呢？是因為這個原因說，而不是說因為我們有事了，我們要看，我們並不是這樣。

陳婉嫻議員：

在大約幾號開始，重新處理插喉？

郭德麟醫生：

對不起，陳議員……

陳婉嫻議員：

即是你剛才說你討論了之後……第一個病人，我便想問回是何時開始放回在ICU裏做呢？

郭德麟醫生：

我記得是他們開始有幾個case，每個做完之後，兩邊的同事都會討論的……

主席：

對不起，郭醫生，不如我幫你，因為那個問題的部分就是，第一，剛才證人告訴我們大約可能有4個人在SARS ward那裏插喉，而3月28日是第一個個案，所以3月28日之後是還有幾個個案都是在SARS ward中插喉，而不是說3月28日插喉之後，其他所有插喉都是在ICU裏插。所以你那個……沒有一個問題是之後便不在SARS ward裏插……

陳婉嫻議員：

主席，我明白你……我即是意思說當討論之後，對於那個插喉在那個ICU，我便說是何時開始插喉改回在ICU中插呢？

主席：

陳議員，我給你那個資料就是事實上沒有。

陳婉嫻議員：

我知道，OK，沒問題了，如果你這樣我再轉過問。

主席：

是的。

陳婉嫻議員：

我便想問回，在這個問題上，在一般病房裏插喉，有沒有接到你們前線醫務工作者的投訴呢？

郭德麟醫生：

我自己本身沒有。

陳婉嫻議員：

有沒有聽過呢？

郭德麟醫生：

那時候是有些討論說應該在ICU插還是在病房插，但是沒有投訴去到我這裏說：我覺得這樣的插法是我不同意的那些。我沒有直接收到過。

陳婉嫻議員：

但聽到一些討論？

郭德麟醫生：

他們是有討論過，所以那時候其實由開首我們插完第一個之後，兩邊的專家都在討論，我們在哪邊插會smooth些，對病人或者對那個同事，哪邊會是最好，我們是有討論過的。

陳婉嫻議員：

嗯，另外我亦想問第二個問題。

郭德麟醫生：

是。

陳婉嫻議員：

就是有關那個C8病房，即我們看到資料是在屯門醫院在26和27日有個小型的爆發，當中牽涉到是C8病房的。即是當知道C8是有爆發的時候，你們當時便找回曾經住過C8的病人回去那間病房中，是不是這樣？

郭德麟醫生：

是，是。

陳婉嫻議員：

當時這個做法，有沒有經過特別的處理才回去C8？

郭德麟醫生：

陳議員，我恐怕我不是很明白你的問題。

陳婉嫻議員：

我再.....

郭德麟醫生：

你的特別處理的意思是.....

陳婉嫻議員：

即是我也不知道，因為我也不是醫務工作者。即是那些人已經離開了C8，當你發覺有些小型爆發的時候，你們找回他們來C8，那麼事前有沒有做一些測試等等的事情呢？

郭德麟醫生：

那時候我們在26日聽到有同事染病，跟着我們開始去調查，亦與衛生署那邊研究那個情況，我們那時候覺得我們是有一個爆發的可能性……當我們知道有兩個同事染病的時候。那時候亦決定我們有需要去看一看我們那時候如果有些病人離開了C8，是有沒有需要找回他們來。那時候不是說所有入過C8都要找回來的，那時候我們的風險評估包括，如果他仍然都是留院的住院病人，那麼我們便找他回來隔離；另外就是如果他是出了院的話，我們亦會個別評估情況，看一看他留在外面是否有風險，我們需要他回來的。那個風險是包括是這個病人出了院，現在有沒有機會已經有一個徵狀呢？他出去的地方是會不會對附近的人構成危險呢？即我們不是說全部都叫回來，我們也有經過仔細評估後我們才叫回病人回來的。回來的時候，關於陳議員說那個測試的問題，我們要瞭解那個快速測試法，直至今天來說都不是說百分之一百可靠，直至今天來說，就算兩間大學最尖端的科技，都只是在說它可能是找到八成左右；當時來說找到那個比率其實更低。那時候我們屯門醫院是有快速測試法，我們亦很廣泛地應用在C8這一個病人的族羣那裏。我們其實在那時候，當病人回來不久，我記得應該是回來第一天或者是第二天，我們已經為所有病人都做了一次快速測試，接着在隔離期間，我們亦反覆再測試很多次。所以我們是有用那個測試法，但我們不可以只靠那個測試便說這個病人沒事，我們讓他們回去社區，那個我們做不到。

陳婉嫻議員：

那當時實際上有沒有考慮，不要放回C8，多開一間病房給他們，有沒有這個想法？

郭德麟醫生：

那時候我們原本的想法就是說，我們要隔離病人，我們亦要看看我們哪裏的同事可以做到這個事情。我們那時候覺得我們不可以把病人就這樣mix到其他病房的，所以變了我們那時候都是覺

得收回C8來說是最“穩陣”的，因為我們減少他與其他病房的病人再有一個困在一起的機會。

陳婉嫻議員：

你的意思是，當時沒有想過去騰空一個地方去安置這批找回來的病人，那時候沒有想過，還是資源上不足夠呢？

郭德麟醫生：

我不是很記得當時那一兩天很準確的先後次序，但我記得我們應該C8用了沒多久，我們是在幾天之間便開放了另外一個病房去接收那些病人的。

陳婉嫻議員：

那即是說有資源了？

郭德麟醫生：

我那時候記得是我們後來是用了那個病房，但你要知道，這是一個突發事件，你有資源但調配資源和讓同事調回那裏都需要時間的。

陳婉嫻議員：

但當時有沒有評估過，如果明知C8爆發……一個小型的爆發，那麼把他們找回來便可能會有被感染的風險，有沒有這個考慮？

郭德麟醫生：

是有的。

陳婉嫻議員：

但仍然堅持是這樣做？

郭德麟醫生：

並不是堅持，這是當時作出評估之後，我們要考慮幾方面。我們可以讓病人繼續留在社區，但那裏本身存在風險，如果我們不將病人找回來。同樣，我們亦曾考慮過我們有些病人去了其他

病房，去了博愛醫院，去了青山醫院。如果我們把那些病人留在他們那裏，對那裏的病人和同事，也有一個風險。有些病人出院後到了老人院，如果留在老人院，老人院的同事可否完全做到我們自己隔離病房的水平呢？我們也需要考慮。所以，經過這些考慮之後，我們經考慮後決定，覺得我們需要邀請病人回來。

陳婉嫻議員：

郭醫生，當時回來的病人，有多少位後來感染了SARS？

郭德麟醫生：

陳議員，關於你這個問題，我不能很準確地回答，因為你用了“後來”這個詞。你要緊記C8那裏曾接收過隱形病人，當病人回來後，我們很難簡單地對你說，有多少是一開始由我們的隱形病人傳染開去，有多少是後來受感染，但據我自己本人觀察所得，我們C8病房的同事，以及後來我們開設另外的病房安置從C8回來的病人和同事，他們當時的感染控制措施做得相當好，所以病人回來之後，再在病人之間傳播的機會應該不大。

陳婉嫻議員：

我想問這批病人，當中會否因為染上SARS而病逝呢？即是再回來的那批病人。

郭德麟醫生：

是有的。

陳婉嫻議員：

主席，另外我再問最後一個問題。我想問一問，郭醫生……

郭德麟醫生：

是。

陳婉嫻議員：

……據我聽到一些醫務工作者的投訴，你們早期不准員工戴N95口罩。如果需要戴的話，便要簽名，是嗎？

郭德麟醫生：

似乎沒有簽名這件事，但的確在早期，我吩咐我們的感染控制護士再看看初期我們員工的PPE的狀態。那時候，包括再看看誰人不戴口罩；誰人戴N95口罩。關於這一點，我知道也有前線的同事曾反映有所憂慮。關於這方面，後來我們亦有同事解釋了我們為何要這樣做。因為當時我覺得，我們需要看看我們的同事做了甚麼保護工作，如果日後出現某些情況，我們需要再看看當時的保護工作是否足夠時，我們才有數據。正如大家一提出問題，便問到我們有同事染病時，所戴的是甚麼防護工具。我們當時這樣做，其實是一個流行病學的紀錄，希望日後我們可以追查。

陳婉嫻議員：

我們也接到一些員工 —— 即是在那段期間 —— 大家也很害怕，因為之前已有威院的情況。

郭德麟醫生：

是。

陳婉嫻議員：

當你們不准他們戴N95的時候，他們覺得是管理層，包括郭醫生你們，想把這個問題低調處理。到底是否真的有這樣想法？

郭德麟醫生：

第一，我不覺得我是管理層。在SARS期間，我很多時間都在病房中。當他們談及N95和surgical mask的爭論時，我自己戴的是surgical mask。我們A5和A5之前的病人，幾乎每一個我都診治過。謝婉雯開始診治SARS case的時候，因為起初我們有很多事情都不清楚，有很多病人我每天都看一次，所以我不覺得我可以說是管理層。

至於同事的憂慮，這是一定有的，這也是一個原因，那時候我們的醫院加了很多渠道與同事溝通。那時候，我們增加了4條熱線，兩條是預備回答員工的感染控制問題；兩條是讓員工傾訴壓力的問題。另外，我們還特地在那時候增加了e-mail的mail box。但是我亦知道，有些同事仍然很憂慮，會從其他渠道反映，我們亦知道。

陳婉嫻議員：

好，主席，謝謝。

主席：

OK嗎？不過作為紀錄，我想澄清一點。委員會沒有收過這些投訴，所以剛才陳婉嫻說我們收到投訴，並非指這個委員會收到投訴。

麥國風議員，接着是何秀蘭議員。

麥國風議員：

多謝主席。郭醫生，關於你的證人陳述書，我想瞭解多一些，就是第2項。你在第2項的最後一段表示，“I personally involved in giving open forum/lectures and also provided on site coaching during my visits to wards/ICUs”。我想瞭解舉行了多少論壇，或者有關的講座、教座？

郭德麟醫生：

我自己本身進行了7個。

麥國風議員：

7個論壇？

郭德麟醫生：

是。

麥國風議員：

那麼講座 —— lectures呢？

郭德麟醫生：

是。

麥國風議員：

即是論壇與講座加在一起？

郭德麟醫生：

但是我其.....你知道當時我有其他工作，我不可以每一個都由我主講。

麥國風議員：

不，我們只是瞭解.....

郭德麟醫生：

那時候，我自己進行了7個，但我知道聯網應該舉行了將近200個。整個聯網舉辦了將近200個講座、論壇、討論會等。

麥國風議員：

OK。你進行這麼多講座、論壇，你的感覺是怎樣？即是據你的觀察，同事對於感染控制措施、PPE這些方面的理解或者憂慮，你是否掌握呢？

郭德麟醫生：

我自己的7個論壇，我覺得同事是能夠掌握的。我們說出要點，我覺得他們接收到的。

麥國風議員：

OK。但在當時，如果是論壇，應該是兩方面的，講座也許都是兩方面。其實當時是否有很多同事反映出了問題，譬如在PPE.....

郭德麟醫生：

我們也有些討論的，我們有討論的，因為當時我們很注重雙方的交流，以便我們可聽一聽前線同事.....即是大家有甚麼問題、有甚麼憂慮，我們未必一定能夠回答，但我們最少可以留意，可以讓大家說出來。

麥國風議員：

OK。接着你提到“on site coaching”，即是臨場或者現場的指導。你當時察覺到甚麼呢？到了病房或者ICU，你察覺.....主要是

譬如感染控制措施的遵守，或者個人防護裝備的足夠與否，又或者它們是否適合等，你有甚麼觀察呢？

郭德麟醫生：

個人防護裝備方面，我一直都覺得我們的個人防護裝備很足夠。

麥國風議員：

嗯。

郭德麟醫生：

我們的SARS病房和ICU，我們一開始便已經跟他們說：你們是最高優先，你們可以取得無限量的PPE。我一直也沒有聽說我們不夠PPE這件事。至於on site coaching，我剛才回答陳議員的問題時也解釋過，當時我有很長時間在病房中，我也有留意同事所做的事。我覺得我們前線的同事做得很好，做得相當好。

麥國風議員：

但你有否察覺譬如在遵守方面出現問題呢？譬如會否ICU.....讓我舉一個例子.....

郭德麟醫生：

有些小問題，但那些小問題，需要我們慢慢講解。例如我們現在開會，有時潛意識地搔耳朵、擦鼻子。那時候，在SARS病房可能也會出現這種情況。

麥國風議員：

嗯。

郭德麟醫生：

我有時也提醒他們：你不可以這樣，因為這樣便有機會把骯髒的東西帶到臉上。那些情況是會有的，但我看不到有嚴重的大問題出現。

麥國風議員：

嗯。即是你滿意那個標準？

郭德麟醫生：

我滿意，我對我自己的同事很滿意。

麥國風議員：

OK。謝婉雯醫生和劉永佳先生在4月初受感染，你有否到病房作一個……

郭德麟醫生：

有，我有到上面看過，我也曾跟他們傾談。關於他們致病的原因，我剛才亦已向陳婉嫻議員解釋，很抱歉，我未能向大家提出一個很確切的原因，告訴大家肯定是某項事情導致他們受感染。

麥國風議員：

嗯，OK。但其他同事受感染，你是否也有到每個單位或者就感染控制方面，作出你的職責……

郭德麟醫生：

每一個同事受感染，感染控制組的護士或者我自己也會去看看，也會作出調查。我們進行調查時，其實我們會看看很多事情。例如如果我們有一個同事受感染，我們的同事到上面——可能是我自己，可能是我的護士——他們到上面會察看病房的情況，當時有甚麼病人在那裏，有關同事在病發前幾天曾做過甚麼，病房內發生過甚麼，另外同事與同事之間有否一起出席某些活動，亦會再看看當時有沒有其他同事沒上班，是否有機會有其他同事感到不適，關於這些事情，每一項我們都會問。

麥國風議員：

嗯。你們在進行這些調查時，關於感染控制、意識、遵守情況或者PPE的提供，有否又察覺任何問題？即是兩項事情，之前我問你，是根據你從on site coaching所得的觀察；這則是之後的，如果出現了問題，你表示曾進行調查，那麼你又有甚麼觀察呢？

郭德麟醫生：

在我的調查中，並沒有PPE不足夠的情況出現，更加沒有由於PPE不足夠而引致感染的情況。我可以肯定對大家說並沒有這個情況。

至於其他的環境因素，我剛才也解釋了，首先每一個同事染病的因素都不盡相同，因為病房不同，例如A5的SARS病房、ICU，也有普通病房；有關的病人，可能是我們明知患有SARS，亦可能是隱形病人而當時我們並不知道，這些情況都有可能發生。另外，有些情況就是，究竟是否環境污染呢？因為有些病人——你也知道——如果再看看兩間大學的研究報告，有些病人排出的病毒數量非常高，每一毫升有十幾億、百幾億，那麼環境是否一個很重要的因素呢？另外有些病人，相對而言，本身比較依賴我們很多前線的護理工作，你也知道，有些病人真的由餵飯到排泄物的處理，都需要我們同事照顧的，那些又會否多了機會接觸到呢？所以，我們看到有很多因素有機會引致感染。

麥國風議員：

就隱形病人方面，其實你甚麼時候才察覺有隱形病人？或者是否有人一早告訴你有隱形病人，需要小心？

郭德麟醫生：

我已記不起確切的日期，但大概應該在4月初左右，我們開始擔心有隱形病人這種情況，亦在那段時間，我們開始在普通病房建立隔離區，所以其實我們的普通病房也做了很多工作。再看看我們普通病房的隔離區，其實是達到醫管局關於我們照顧SARS病人的要求，包括PPE和感染控制工作方面。那應該是在4月初，但我忘記了確實日期，在4月初的哪一天。

麥國風議員：

嗯。你表示在4月初已經有這個意識，那麼你曾否指導譬如急症室或者……你剛才提到普通病房在環境方面做了一些工作。你做了甚麼其他工作，以加強辨別那些隱形病人？

郭德麟醫生：

你所說的是急症室？

麥國風議員：

不，是整體上，因為你剛才提到普通病房，你會.....加強感染控.....

郭德麟醫生：

這個訊息是給全間醫院的，當時其實很多時候，我沒有選擇性地只是提供資料給任何一方。很多時候，如果我們發出訊息，如果是forum或者lecture，是open to all的，即是所有同事都可以參加。我當時所發出的電郵，幾乎絕大部分都是給聯網之內所有同事，亦要求我們前線的病房把那些訊息再傳給沒有電郵的同事知道，而我們當時所發出的訊息，也在我們聯網的網頁中讓同事瀏覽，也就是說，並非選擇性的，只是給某些人知道而不給其他人知道。我們會盡量.....有資料的話，即使有關病房可能比較少機會遇到SARS病人，但有關的同事亦可能會有憂慮，他們都會想知道。甚至乎他們可能在稍後時間被派入SARS病房工作，或者他們可能自願入SARS病房工作。所以，我沒有選擇性地只讓部分人士知道，我盡量讓所有前線的護士和醫生知道。

麥國風議員：

那麼C8的爆發，因為是隱形病人引致，你覺得是否有可能避免呢？

郭德麟醫生：

隱形病人的情況，其實不單止在屯門醫院出現，其他醫院及其他國家亦有出現。即使在加拿大也有爆發，它的一個病人引致兩至3間醫院出現爆發。如果病人本身是隱形病人，而又有因素令他排放大量病毒，爆發的機會始終存在的。

麥國風議員：

OK，謝謝，主席。

郭德麟醫生：

多謝你，麥議員。

主席：

何秀蘭。

何秀蘭議員：

謝謝主席。其實麥國風議員已經問了一部分，但是我想再補充關於隱形病人那方面。剛才郭醫生表示在4月初知道有隱形病人這回事，但忘記了確切日子。

郭德麟醫生：

是。

何秀蘭議員：

那你是否記得透過甚麼途徑知道呢？是透過看報紙還是醫管局的內部通訊，令你得悉有隱形病人呢？

郭德麟醫生：

我剛才在回答另外一條問題時，已向大家解釋，當時我們有很多途徑取得資料。醫管局本身有些資料下達到來；另外，我們幾個專科同事各自都會跟自己專科的其他醫院的同事討論；專科與專科之間，我們在醫院內也會進行討論。當時，我們的聯網總監很頻密地回總部開會，那時候的日程表很多時就是，早上聯網總監在總部開會，我們可能在實驗室，也可能在病房；下午當聯網總監從總部回來時，他會召集我們比較資深的同事，向我們講解他在那裏聽到的消息，所得到的指引，我們要怎樣推行。所以，我忘記了當時……可能新聞也會有，但我忘記了從哪個channel收到那些資料，可能幾個channel都有。

何秀蘭議員：

當郭醫生你知道有隱形病人這回事的時候，你有否採取一些相應措施，在急症室協助前線的同事，好讓他們可多問一些資料，使大家有更多方法嘗試找出隱形病人呢？

郭德麟醫生：

關於普通病房，我剛才已經解釋了。至於急症室方面，其實我們一直都做得非常好。大家可能不知道，我們的聯網總監是從

急症室出身的。當時，我們的急症室很早已經採取分流措施，那些並不是先前所說病情緩急、等先等後的分流措施，而是因應病人有否發燒，是否有機會屬於非典病人而進行的分流。當時，這是包括幾方面，包括我們分流站的同事穿着高規格的PPE來接收病人，因為不知道下一個站在面前的會是誰人。我當時也跟他們說：我們不知道下一個站在面前的會是甚麼病人，所以一定要很小心。

另外，當我們分辨出是甚麼病人，他們可能在發燒，我們也會分區域，讓他們看醫生。如果for some reasons，病人根本是在我們的SARS list，或者由DMC轉介過來，我們其實有一個房間專門用作診治他們，而且他們亦會有priority接受診治，我們的急症室有這些措施。

何秀蘭議員：

通常病人到急症室時，第一個替他們做分流的醫護人員都會問他們很多問題。

郭德麟醫生：

是。

何秀蘭議員：

當時會否有一份問卷，就像那打素醫院或者其他醫院一樣，請病人填寫，用以知悉他們在幾天之前或幾天之內曾到過甚麼地方、甚麼旅遊地點，從而協助急症室的同事來分辨呢？

郭德麟醫生：

我知道他們有查問，但我不肯定我們是否有問卷。

何秀蘭議員：

嗯。即是說，你沒有特別設計一份問卷來協助前線醫護人員……

郭德麟醫生：

我自己沒有設計過。

何秀蘭議員：

嗯。但你是否知悉當時急症室有沒有這份問卷來協助同事分辨呢？

郭德麟醫生：

我知道他們肯定有查問，但我不肯定他們是否有問卷。

何秀蘭議員：

如果肯定有查問，即是說，並沒有一套標準的問題？因為可能某個同事查問的時候採用某個方法，例如問了8個問題；到了另一個同事輪更的時候，可能用6個問題去問。那麼，醫院當時有否設計一套標準的問題，讓不同時間當值的醫護人員向病人瞭解他們的情況？

郭德麟醫生：

抱歉，我無法回答這條問題，我自己沒有設計過。

何秀蘭議員：

是。

郭德麟醫生：

但我不肯定我們的急症室有沒有設計過。

何秀蘭議員：

是，OK。主席，另外一樣就是在屯門醫院那裏，是有兩個隱形病人的，其中一位甚至是在瑪嘉烈醫院的時候，就是一個疑似的個案。那麼，郭醫生是否知悉，其實威院的源頭病人都是完全在出院的時候，是沒有SARS的病徵，但是都成為一個殺傷力很大的源頭病人？那郭醫生知不知道，這位屯門自己的源頭病人，曾經是一個疑似SARS的個案呢？

郭德麟醫生：

我知道。

何秀蘭議員：

當時就算她是沒有SARS的病徵，但會不會有特別的措施告訴醫護人員，是怎樣提供醫護服務呢——向這位病人？

郭德麟醫生：

那個病人當時入院時的紀錄，我大概有看過，有一點印象，但可能不可以很詳細地給何議員……我們記得那個病人她曾經去過其他醫院，是在完全沒有症狀的情況之下出院的。當時，那間醫院亦有執行了那個標準的步驟，將那個病人轉介給衛生署的DMC，所以那個病人是……有一天在DMC那裏有一個發燒的紀錄，所以轉介了給我們。我們急症室亦知道這件事，我回看，急症室診斷那個病人很仔細，他們有想過這一個可能性。但當時臨床上，這個病人完全沒有肺炎象徵，在當時是完全沒有的，X光片亦正常。我亦在急症室的紀錄那裏，見到急症室醫生寫得很清楚，他當時有跟內科的當值醫生再討論過這個病例，那時候大家再研究過，都覺得這個病人當時不是肺炎，但是因為她是從DMC轉介過來的，所以是接收了進去我們內科病房的隔離區。所以我會說，即如果看回當時的紀錄來說，我相信我前線的同事那時候的決定是經過深思熟慮的，他有想過，他有看過，那時候的確沒有證據顯示這個病人感染了SARS，而需要直接送入SARS病房。

何秀蘭議員：

主席，最後一個問題。我剛才聽到郭醫生說，他是用了很多時間在病房，我想問郭醫生，他作為一個感染控制主任，在病房，他覺得這是他應該責任做的事，還是一些額外的工作？

郭德麟醫生：

何議員，我想你有少許誤會，因為感染控制是我其中一個工作，我本身是新界西聯網的微生物學科醫生，所以我本身來說，除了感染控制之外，我亦會照料一些臨床的工作，亦是有實驗室的工作，所以是分內的工作——在病房那裏。

何秀蘭議員：

主席，或者我也向郭醫生解釋，為甚麼我們會這樣問，因為有些類似工作性質的醫生亦沒有去病房。我剛才聽到你說用很多

時間在病房，所以我很希望知道，究竟在醫管局之下，對同樣的職位有怎麼樣的要求，工作性質是怎樣劃清。謝謝主席。

主席：

各位委員，如果大家……李柱銘議員。

李柱銘議員：

郭醫生，我想問你，其實在防止感染SARS這方面，對醫療人員來說，是不是如果他們過勞，“中招”的機會肯定會增加，對不對？

郭德麟醫生：

這個不可以說是肯定的，只不過如果我們有同事的工作量高，或者是很疲累的話，可能遺漏的機會會多了，但是不是肯定增加的話，我抱歉，我是沒有資料可以說的。

李柱銘議員：

這樣說很合邏輯，回答也很合邏輯。但是，那個機會就只會增加，不會減少——“中招”的機會，對嗎？如果那個人疲累，比起普通情況來說。

郭德麟醫生：

是會有這個風險存在的。

李柱銘議員：

你覺得你們醫院內的同事，有沒有這個過勞的跡象呢？

郭德麟醫生：

那時候，你如果說我們病房的同事有沒有壓力，是有的；因為大家都不知道這個是甚麼病，大家都知道這個病很嚴重，我們亦知道這個病在其他醫院，引起過相當嚴重的爆發，心理壓力一定有。但你如果說，我們病房有沒有過勞的情況，那時候幾間SARS病房我都有去過，呃……其中3間SARS病房，有兩間的病房經理跟我本身是很相熟的，我沒有聽說過我們的同事有過勞的情況，我們的SARS病房不是說收到“爆棚”的那些SARS病房，我覺得我們的

工作量，是可以應付的，正如剛才李振垣醫生亦跟大家說，我們的ICU沒有收滿，SARS病房亦沒有。

李柱銘議員：

那如果普通病房呢？

郭德麟醫生：

普通病房來說，在SARS的時候，其實我們住院病人的數目亦減少了。亦要記得一件事，那時候我們內科普通病房的數目是沒有減少的。為甚麼會有5樓的病房？就是因為我們盡量不想減少內科的病房，所以我們徵用了外科那邊的病房，去做這方面的工作，所以當時的工作量是減少了的——我自己觀察到。

李柱銘議員：

那如果是這樣的看法，你可不可以幫助我們理解一下，為甚麼你們醫療人員的“中招”率——或者我用這個字——好像是相當高的，而且已經是在SARS爆發的後期了，為甚麼呢？你自己有甚麼理由可以想得到呢？

郭德麟醫生：

這個就正如我剛才回答先前的問題一樣，我們醫療人員受到感染，我們是有看過的，但我們是不能下一個確切的結論。至於李議員你說“中招”率是不是相當高這一件事，我們很難這樣一刀切，說是高抑或是低。剛才說過，我們有14位同事不幸染病，其中有幾位是因為那個小規模爆發的。如果是那個小規模爆發之外的話，其實我會覺得我們其他病房，我們的感染控制措施其實做得相當好，同事也相當細心。

至於說是不是去到那個疫症的後期，我們同事感染的機會就會小一點呢？那要回看其實我們的同事是在哪個階段染病的。呃……還有在那個疫症的後期，我們是不是真的全部知道了所有的事呢？我們看回去年下半年，甚至今年年初，世衛的報告都仍然在說，我們在SARS的知識方面有很多空隙，有很多事我們不知道，有很多事它建議我們要進一步去探討。即是其實雖然那個疫症是過去了，但我必須說，還有很多空隙我們是未可以填補到的——知識上面的空隙。

李柱銘議員：

那即是說，如果是出錯，都是知識上的空隙，就不是人為的問題。

郭德麟醫生：

我會覺得我們可不可以在這裏說我們有錯呢？我覺得既然有這個委員會在，我就會讓委員會去決定我們是不是有錯，但我就會跟李議員你說，我那時候有很多時間都在病房，我是很impressed我的同事的表現，我覺得我的同事做得很好。我當時.....我們很多同事都花了很多時間去打這場仗，有些同事是從頭到尾地覺得他會去參與，有些同事覺得他自願留在SARS病房。我覺得用“做錯這件事”是一個很重的語氣，對我的同事亦不公平。

李柱銘議員：

我完全不是想.....這個完全不是我想做的事，反而譬如你打一場很長的仗，如果他們很拼命地去打這場仗，是不是可能他已經忽略了自己休息的時間不夠呢？就算一天做到底，譬如說多少個鐘頭，這裏是一方面，他應該有足夠的休息；另外一方面，就是譬如他做8個鐘頭，期間都要有足夠的時間讓他休息，你同不同意？否則人一感到疲累，又會不經意地，或者揉一揉眼睛，就可能“領了嘢”了。

郭德麟醫生：

休息時間在SARS和在其他時間都一樣那麼重要。

李柱銘議員：

不是的，但是因為有SARS，因為你一下子不小心，感到疲累，揉一揉眼睛，那就可以“中招”了。

郭德麟醫生：

我.....

李柱銘議員：

你現在在這裏不要緊，你現在在這裏，就算我們坐在這裏談，談得久一點都不要緊。

郭德麟醫生：

我似乎沒有收到報告說，我有同事在SARS病房的時候，是工作量過高或者工作過勞。

李柱銘議員：

那你知不知道他們做多久才有稍為休息一會兒，然後進去再做呢？

郭德麟醫生：

那時候.....第一，我剛才說過，我們SARS病房的病人不是特別多，我們那時候同事的人數和病人的指標是比普通病房高，這件事可以向我們前線的護士詢問，亦可以.....我相信麥議員作為護士——護理界的代表，亦會知道我們當時是有沒有說病人的ratio是否satisfactory，我自己當時得到的消息，以及我跟前線的同事說，與當時內科的部門運作經理亦大家都同意了，我們在SARS病房，我們是比普通病房多人。那個病人的數目大家都聽過，如果我們普通病房是40多人，SARS病房是20多人，而且是沒有住滿過的。那時候如果你回看我們的SARS病房，當時沒有存在過說同事，由上班在裏面不停做到下班，我們那時候是有分team，有輪替出來的。所以我便會很奇怪李議員一直在說過勞的問題，而我本身我是不瞭解有這個問題。如果李議員有一些事例的話，我可以再討論，但我真的不知道。

李柱銘議員：

不是，郭醫生，我相信你亦應該明白我們的職責是甚麼，我們就是要找出事實的真相。如果每一樣都沒有事，每一樣都沒有問題的，那為甚麼會有人“中招”呢？我們一定要問的。

郭德麟醫生：

所以我都給了我的答案，就是.....

李柱銘議員：

那是不是你即是說，你現在是不是告訴我，完全都沒有錯，完全沒有人為的錯誤，任何角度都沒有，是不是這樣呢？

郭德麟醫生：

我覺得那時候同事做得很好，根據我自己的觀察，我看不到有同事做得不好。

李柱銘議員：

好了，如果除了同事做得好不好，那你管理那方面呢？醫院在管理方面是不是又全部都管理得好呢？

郭德麟醫生：

我的同事，包括由CCE至到病房服務員，那些都是我的同事。至於我的CCE在當時做得好不好，我相信李議員待一會兒有兩個鐘頭可以問他。但是我自己在當時的觀察，有很多問題、有很多決定，我們都一起討論。我在當時，我自己覺得，我的CCE對感染控制來說給了很多支援，對病房來說亦給了很多支援。我看不到我有些投訴需要在這裏說我的CCE有做得不好的情況出現。那時候，我們亦是——另外一個問題就是說，管理層做得好不好。那時候，其實我回看，有很多地方管理層都配合，如果是專業決定的話，管理層亦會尊重我們前線的專業決定。

李柱銘議員：

那即是如果總共來說，即籠統來說，你就看不到有任何人為的錯誤出現，只是知識有空隙的問題，是不是可以這樣總結你的看法呢？

郭德麟醫生：

李議員，我相信你的問題就是說，當時我們有14個同事染了病。

李柱銘議員：

是。

郭德麟醫生：

但是，為甚麼我現在都仍然堅持說我們沒有錯，我們是知識空隙的問題而已。呃.....我想我要指出一點，傳染病來說，從來我們都不是說可以100%防止的。勞永樂議員在這裏，如果勞永樂議

員不同意的話，勞永樂議員請你指出。但是，我要跟大家說，傳染病從來而言，都是一個很棘手的問題。當人類知道有病菌、有病毒以來，這麼久只是成功控制過一種病，就是天花。我們一直在做很多工作去控制傳染病，我們打很多預防針，都不可以去保證100%那些感染是受控制的。

再舉一個事例，當大半個世紀之前，我們知道，發現了抗生素，那時候市民和醫療專家很樂觀地估計說，我們有抗生素，我們終於有東西可以控制細菌，10年或者20年之後，我們便沒有細菌病，但我們現在仍然都有細菌病。我要指出一件事就是，我們是不可以100%阻截到所有傳染病的。

李柱銘議員：

郭醫生，我不是這樣的意思，我沒有要求你的醫院或者任何醫院停止所有傳染病的散播，做不到的。但我只是給你一個機會告訴我們，你覺得有沒有人為方面的錯，你說沒有，那便行了，你可以說的。

郭德麟醫生：

我在前面已經說過幾次了，李議員。

李柱銘議員：

所以我的問題就是，我想你有一個總結。是不是你看到整件事了，你回看，以你看到的東西為.....即你自己看到或者問人，傾談過，來做你的資料的來源，你是不是可以告訴我們，你完全看不到有任何人為上的錯誤？

郭德麟醫生：

我覺得當時.....

李柱銘議員：

你可以說是的，是嗎？

郭德麟醫生：

.....由上至下都做得很好。

李柱銘議員：

那是不是即是說，由上至下都完全沒有任何的人為錯誤？你可以說的，我現在是給你一個機會。

郭德麟醫生：

我不知道 —— 我沒有看到任何錯誤……我覺得是有錯誤的，沒有任何事例我覺得是有錯誤的。

李柱銘議員：

好的，多謝你。

郭德麟醫生：

多謝你，李議員。

主席：

各位委員，如果沒有問題，我們便很多謝郭醫生今天出席研訊。如果日後我們有需要的話，可能也會再找郭醫生幫忙。

郭德麟醫生：

多謝各位。

主席：

各位，我們上午這個研訊到這個時間便結束了，請大家返回C房。下午的研訊在2時半開始。

(研訊於下午1時03分暫停)

(研訊於下午2時31分恢復進行)

主席：

首先歡迎各位出席調查政府與醫院管理局對嚴重急性呼吸系統綜合症爆發的處理手法專責委員會的第二十五次公開研訊的下午部分。

每次要提醒各位委員，整個研訊過程必須有足夠的法定人數，即連主席在內共4名委員。

亦想藉此機會再次提醒旁聽今日研訊的公眾人士及傳媒，在研訊過程以外披露研訊中提供的證據，將不受《立法會(權力及特權)條例》所保障。因此，如有需要，各位列席人士和傳媒應就他們的法律責任，徵詢法律意見。另外，委員會已決定證人須在宣誓後才接受詢問，所以我將在研訊開始時，根據《立法會(權力及特權)條例》第11條監誓。

我現在宣布下午的研訊開始。專責委員會是會繼續就有關屯門醫院爆發SARS疫症事宜向證人取證。我們下一位的證人是聯網統籌(內科)及屯門醫院內科及老人科部門主管周亮醫生。

周醫生，歡迎你來我們今天的研訊。委員會今天傳召你來研訊作證及提交證人陳述書。首先委員會是決定每個證人先宣誓然後再作供。我現在以專責委員會主席的身份負責為你監誓。你可選擇以手按聖經以宗教形式宣誓，或以非宗教形式宣誓。請你站立及依照放在你面前的誓詞宣誓。

屯門醫院內科及老人科部門主管周亮醫生：

本人周亮，謹對全能天主宣誓，我所作的證供全屬真實及為事實之全部，並無虛言。

主席：

多謝你，周醫生，請坐。周醫生，你曾向專責委員會秘書提供證人陳述書，你現在可否正式向專責委員會出示有關證人陳述書作為證據？

周亮醫生：

可以。

主席：

謝謝你。周醫生，為了方便列席人士跟隨本委員會的程序，我們會派發閣下的陳述書給今天在場的公眾人士和記者。你對於你的陳述書即時有沒有要補充的地方？

周亮醫生：

暫時沒有補充。

主席：

謝謝你。應專責委員會的要求，你亦向專責委員會提供閣下專業資格及經驗的資料，你可否確認這些資料是正確的？

周亮醫生：

是，正確的。

主席：

謝謝你。周醫生，我們想問一問作為開始，請你協助委員會，在屯門醫院當SARS爆發的初期，你們有沒有做甚麼準備工夫去減低……譬如你們的部門在感染風險那些問題？

周亮醫生：

當然有，我想郭醫生在感染管理……防感染那方面曾告訴大家。我想主要是說我們內科部，或者我遲些再說感染那方面。譬如在內科部，我們3月10日已經收了一個病人，跟着直至3月26日開這個A5 SARS病房那段時間，我們陸續是收到一些可能是嚴重社區感染的病人，因為“SARS”的名稱是3月15日才有的。這段時間我們陸續都收了……應該有10多個。我們初時未有A5 SARS病房前，我們是放了在一個男的內科病房，一個女的內科病房，一個分別的cubicle，把這些病人放在那裏，已經開始作防感染的措施等。

直至26日，這個SARS病房便已經成立了……是A5那裏。當然我們那個Core Group，即聯網總監張醫生帶領我們部門主管和所有高層的經理等，已經有一個危機應變的措施存在。我們記得應該3月18日左右開始召集第一次的。當時那個情況就是我們已經開始plan計劃，假設……雖然我們屯門是比較遲些受到SARS病人影響的衝擊，但我們那時候很早便plan了怎樣開病房，需要預算多少病人，所以其實我們跟着在……或者應第一條題目，說4月12日那個日子對我們有甚麼意義，其實基本上對我在我們危機應變那方面是沒有甚麼特別意義的。因為我們跟着4月13日便開B5那個第二個病房，跟着18日應該都開了D5那個病房。這3個SARS病房是每個病房都可以收30至36個病人，即差不多可以說是100張SARS的床位出來的。同時，在4月初開始亦策劃第二個SARS ICU，即剛才說的D1那個病房，即除了李醫生主管的8樓那個ICU病房。因為我們估計，譬如假設我們有100個patient，而可能要接受插喉的

percentage可能如果是15，或者我們計算得寬鬆些，給多一些margin到20%，我們可能要去到20個ICU的床位。

我又想補充一點，就是剛才李醫生說，譬如他說他上面的病床可以提供12個床位，D1那時我們初期開的時候，我們提供4個床位，但其實D1那裏的full capacity可以去到8張床位的，所以基本上我們是可以provide 20張SARS ICU的床位，加上大約100張SARS病床，所以我們覺得.....這個是病房怎樣去改變來營運。至於你說人手那方面，我亦想提一下，最初就是像譚醫生所說，譬如A5.....或者甚至再之前，謝醫生在那兩個男女病房看cubicle那些病人的時候，那時來說是10多號的時候，那時最初.....跟着到A5成立，都是肺科、胸肺科醫生看，因為當時病人的數量不是太多。到了我們後來發覺如果普通病房繼續收這些病人，我們覺得對普通病房的感染那方面可能會有問題，而且普通病房每天收很多病人.....非SARS的病人，所以我們便要籌備一個A5病房。

那A5病房成立後亦不是說有太多病人，所以那時就是由肺科那一隊醫生去看，當時調派的醫生亦不是很多。但後來一直到了3月底的時候，我們開始籌備D5、B5，甚至是D1。我們內科部決定組織一個.....即每間醫院也有的“SARS Team”，就是我們剛才說怎樣去把手調派——顧問醫生，高級醫生怎樣。其實當時我們的consensus是這樣的，在我們的部門會議那裏.....我們星期一、三、五也有，我們那時3月中已經把那些學術研究.....內科的那些暫停，轉為一個communication的方法，是專門針對這個SARS病症的演變，怎去應付.....的會議。

其實當時也有些醫生是自願去做這個SARS病房的。至於說是否其他不自願便要抽籤呢？其實不是這樣的，而是大家的consensus都是大家是自願做的。只不過我們operationally是要抽一個list出來，讓他知道譬如他的家人居住，子女怎樣他要有預算。因為很多時SARS Team.....他們真的連續做3個星期，他們有些根本.....我想大家都知道很多人是不回家的，那麼要訂quarter之類，即那個所謂抽籤的形式只不過方便大家同事可以安排他們自己那個時間表。

至於感染病房，感染控制措施那方面，除了郭醫生說那些補給.....那些PPE，一直是有陸續地供應，我們當然是先去高危病房，譬如SARS病房或者深切治療部，跟着就是一般內科病房。內科病房後來到了4月、7月都把它upgrade到等於差不多SARS的standard。然後再跟着我們把.....其實我們的一連串機制是怎樣的

呢？譬如說病人由A&E急症室上來我們那裏怎樣安排呢？可以補充一點，就是剛才我們說與急症室部門那裏開過會，有些checklist.....或者是那些admission criteria是不停地更改，看着病情怎樣演變。譬如，像剛才我不記得哪一位議員說過，就是說有沒有去過China？去過哪裏？家人有沒有接觸過SARS？是不是那些.....是有一個表的，是不停地轉變的，方便急症室醫生去平衡那個病人的風險。然後，亦有機制可以跟我們內科醫生打電話做一個consultation，然後決定收進哪一類型的病房。譬如去SARS病房，可能是很highly probable，即很可能是SARS的病人，或者是懷疑個案。至於普通病房，我們亦同時把它.....因為我們屯門醫院的病房的設計可能與其他醫院有些不同，就是入口兩面都是一些細的cubicle，每一個cubicle可以放4個人。到最後那個.....我們稱為後面，即nursing station前的位置，是一個比較大型的cubicle，那裏可以放10多個病人。我們那時候亦把那一部分，即一個大病房內的比較大的cubicle.....有10多個位，把它改造成“發燒病房”那類。所以病房我們也根據風險高低也把它分開了層次，來應對來收這些病人。

主席：

好，謝謝你。其他委員有問題便請舉手示意。何秀蘭議員。

何秀蘭議員：

謝謝主席。多謝周醫生很主動地告訴我們很多資料。周醫生，剛才也有回答主席提問曾採取甚麼準備工作和應變措施，其實你是透過哪些渠道得知其他醫院或者其他聯網裏面發生的事和怎樣借鑒他們的工作，因而可以在屯門醫院那裏決定有些甚麼工作需要做呢？

周亮醫生：

這個問題很多.....我們知道那些消息來源是很多的，譬如說，當然當時每天報紙都有報道，其他醫院有甚麼爆發我們一直都看到，總部也有新聞稿之類會發布出來。另外，我們也經過與友好醫院或者是其他醫院，即內科與內科、胸肺科與胸肺科、微生物學家與微生物學家、ICU與ICU的醫生互相切磋，取得對方的資料。譬如他是在clinical management那方面，抑或是那些ICU病房怎樣設計，或者是那些病情是怎樣轉變等等，是有很多這樣的溝通存在，無論是經過email或者經過電話聯絡取得。

大家亦知道那時候醫管局的指引是一直不停地加上。通常亦有我們總監張醫生……他是剛才郭醫生都提過各位，就是說他開會後，跟着我們Core Group開會，其實我們那時候Core Group開會也是很頻密的，當有需要便召集開會。然後部門主管和其他部門主管，有些譬如工序可以……譬如我與深切治療部、我與急症室、或者與防染組那邊，大家有些事情可以coordinate了、做了，得出conclusion或者要進行一個甚麼計劃，那麼我們便向前線推行。

譬如內科部我們一個星期有3次聚會，那麼你說是不是星期二、四沒有呢？不是，二、四可以經email，所以是一直把消息發布給前線同事，以及還有很多資料……世衛那些剛才我也說過。我們一直看着那些新的information或者是一些對這個病的知識一直跟進，看看怎樣去適應那個……無論是醫療，或者是防感染，或者是怎樣，每樣都有不停地改變。

何秀蘭議員：

我可不可理解為醫管局的正式的渠道有資訊收到，但是個人網絡，即大家私下同事之間資料交換亦收到很多有用的資訊呢？

周亮醫生：

嗯，你可以這樣看，你說醫管局那些可能是比較官方些，亦有些引用可能是世衛那些，這樣它再整集了給我們。

同事的渠道便有些是好的意見，甚至有些是說那個心理上的事情，或者是其他的……我們部門內部的安排那些事情，而未必一定是針對SARS……specifically那個病……你明不明白我說甚麼？即有其他的issues是可以在自己的內部部門討論的。因為我們不是只是面對這個病這麼簡單的，我們還要……譬如我們內科部有60多個醫生、400多個護士，那亦與護士那邊那個部門運作經理，我們都要經常切磋，或者怎樣安排護理人員的工序等調派各樣。所以即是不單止是針對那個病一樣這麼少的事情，是很多很多無數無數的operationally需要的issue我們都要去address。

何秀蘭議員：

比如所謂good practice，或者照顧同事員工之間那個心理狀況、情緒，周醫生，你會不會覺得是這些個人網絡的那些資料是更加有用呢？或者你記憶之中，有沒有一些你覺得有用的資訊是透過這些私人渠道收到，而醫管局的官式渠道是不能提供的呢？

周亮醫生：

呃……其實是有不同層面，我想。即是譬如說醫管局可不可以與個別員工接觸，可能那個渠道會比較困難些；但如果你說我們自己部門的醫生，便很簡單而已，可以在email或者部門會議那裏討論，即如果是自己醫院員工——無論是醫護——一起討論亦可以。

至於你說另外我們本身的聯網，剛才亦提到是組成了2條熱線，讓同事發表他們的意見，或者需要心理輔導之類，或者讓他們去ventilate一下。我覺得那些也是有用的。

何秀蘭議員：

屯門醫院的人手是不是一直都存在不足的問題呢？

周亮醫生：

你指哪方面的人手呢？因為人手也有很多種。

何秀蘭議員：

護士、醫生。

周亮醫生：

你是在說SARS的時候？

何秀蘭議員：

一直以來。

周亮醫生：

一直以來，如果你說看回統計，或者看回總部那些統計，我們是比較少了一點的。

何秀蘭議員：

嗯，比如具體些，我們用醫生為例，一個星期大約工作多少個小時和多久才可以放一天假？

周亮醫生：

你是說平常還是.....

何秀蘭議員：

平常。

周亮醫生：

嗯，即是這樣說，醫生亦有不同的職級。譬如我們說最前線那些.....譬如那些受訓的醫生，我們除了是一至六，朝九晚五，即official time，有些時候是沒有的，有時候早些.....我們有時在8時半開始的，有時開會在星期一下午開至6時至7時也有的。你可以這樣說，是否朝九晚五工作，是OK的，即有時早一些有時遲一些。星期六工作半天，就是這樣。但是因為勞工法例是不可以工作7天的，譬如他是星期日要上班，那我們星期六便讓他放假.....譬如他星期日要當值，我的意思是。

一般譬如那些受訓的醫生是5天便當值一次，我們亦在部門裏面讓他翌日做了早上的.....即他看完晚上的病人，他做回早上的事情交給另一位同事，他下午便放假。我們的部門就讓他們可以休息。

至於說為何是要5天或者6天一個call，這個是要符合我們內科學院training的requirement，即要求你在那個training的時段是要一個月有5個call才可以fulfil到那個criteria。我們沒有更密的call，我們是沒有給他們的。

何秀蘭議員：

周醫生，我明白去到休假那裏，可能你們有些引發勞資糾紛訴訟，你未必想回答。但一個星期做多少個小時那裏你可不可以說得具體些？

周亮醫生：

如果你這樣計，你如果是計算朝九.....即44小時.....如果你是說一個星期。你如果再加上一個星期.....因為你每5天當夜班一晚，那裏當作是晚上5時至翌日9時，應該是16個小時。你加上加一個星期可以說是.....最低便是44加16，便是60個小時。你一個星

期可能call 1點多個call的，可以說是60多個小時一個星期，如果你平均真的要計算那個數出來的話。

何秀蘭議員：

是的，好像與其他醫院比較起來又不是太差……與我們聽到平常理解的情況。但是在SARS期間，尤其是SARS病房裏面的醫護人員，他們做的工作時數與這個相比起來，是增加還是減少了？

周亮醫生：

其實SARS病房……或者我再解釋清楚一點，大家便會明白，當時我們的SARS team，到真正有3個SARS病房在function的時候，我們有3個顧問醫生、3個高級醫生，以及8至10個醫生，他們form了一個team。當然日間他會跟某一個病房，可以給一個continuous care to那些patients，但是我們亦讓他——譬如他夜晚on call，早上便不用上班，即他只是當晚上的更，日間不用上班。因為我們都明白，就是說想盡量讓同事多些休息，我們便不會像以前那樣，即沒有SARS的時間，朝九晚五做完後，5時call到第二天早上9時，到9時再巡房兩個小時才放假，並不是這個做法。我們當時讓他們可以……他如果在夜晚當班，日間便不上班了，那麼他只是做夜晚的十多個小時。然後我們當時亦有規矩，總部也叫我們要做3個星期，兩個星期便要放一天假，或者做3個星期我們要讓他放2至3天假。然後又到第二組醫生去做，因為我們是要輪的，所以我們draw那list……那名單出來就是這個作用。即頭一批醫生做完，接着第二批上，那批醫生走出來，讓他們休息。

何秀蘭議員：

周醫生是否在說，在SARS病房裏面的醫生，他們的工作時間比平時會受到特別照顧，即特別體恤呢？是否這個意思？

周亮醫生：

是。應該可以這樣說。

何秀蘭議員：

剛才我們都聽到周醫生說，抽籤只不過讓大家就着是否放工回家，諸如此類的各方面住宿安排。其實周醫生覺得，抽籤是否可以令員工的情緒更加穩定的方法呢？

周亮醫生：

據我當時所體恤到，其實同事沒有特別說，即不是說……沒有人反對參加這個SARS的隊伍去醫病人，並沒有人反對。只不過，我想當時大家都明白，要對一個這樣的病，他不能決定自己想早些或遲些做而已。那不如他便……算了，你安排了我，讓我接受了在何時做，便回去安排我何時住quarter，或者他自己抽了籤，有時他都會和同事調一調也不奇怪。譬如他有一些personal的事，我那個period剛剛家中有些事不大方便，我和你調早一更可以嗎？對那些我們是很彈性處理的。

何秀蘭議員：

周醫生有否理解員工有何原因對於早些或遲些入SARS病房做會這樣被動地接受抽籤安排？

周亮醫生：

其實當時沒有甚麼特別原因的，為甚麼呢？其實當時大家都不知道SARS會持續多久，因為是新病種，它可能由3月一直爆發，爆發到12月也可以的。當然現在事後回看，在6、7月已經完了。所以其實那名單，它是一直去到尾又從頭開始的。所以我們當時沒有想過做早些做遲些，沒有甚麼分別的，我們當時也不知道這個病是怎樣……整個病是怎樣的，整個疫情是怎樣的。

何秀蘭議員：

有沒有各安天命的情緒在內呢？

周亮醫生：

都沒有的，我不贊成這個說法。

何秀蘭議員：

那是否有同事對你說，完全沒有這個因素？

周亮醫生：

沒有，我的同事甚至去了沙田幫忙，去威爾斯幫忙，有些去了瑪嘉烈幫忙，後來瑪嘉烈人手足夠，不用我們去而已。有自動volunteer的。

何秀蘭議員：

是。周醫生，屯門接收SARS病人和在病房裏面有小型爆發……

周亮醫生：

是。

何秀蘭議員：

其實在時間上，相對於其他醫院，都是比較遲……

周亮醫生：

嗯。

何秀蘭議員：

我們今早也有問過隱形病人的問題。當時在屯門的SARS病房裏面，對隱形病人有沒有一些特別的措施？即在你的管理之下。

周亮醫生：

其實隱形病人我們早已知道，即你看其他醫院都知道，爆發就是由隱形病人引致，有數個例子也是。所以其實我們當時，3月底A5第一個SARS病房成立的時候，接着我們在4月初便將普通病房的防染措施加強了，另外就是將那些所謂分了……fever cohort的病房的cubicle，就是這個原因，以及如何和急症室安排病人入來，如何和內科去評估病人的風險，然後將他適當地放在不同的病房裏面。其實隱形病人的問題，我們一直都——在3月底的時候已經是……甚至總部都有提醒我們這方面。而我們亦明白，所以我們便有這項措施，就是如何將病人及check list A&E那些歸類，但是隱形病人始終是隱形病人，因此便出現了爆發。

何秀蘭議員：

周醫生給我們的文書亦提到，你管理的病房裏面的病人，如果要轉到深切治療部，從來也沒有被拒絕的。周醫是否知悉，在其他病房有沒有病人被拒絕，深切治療部不收的呢？

周亮醫生：

哪些病房被拒絕？你後面那句。

何秀蘭議員：

在.....

周亮醫生：

我們SARS病房去深切治療部並沒有被拒絕的。

何秀蘭議員：

是。今天早上也有其他證人對我們說，實際上有一些在SARS病房裏面的程序，在其他醫院是在深切治療部做的，但因為有富經驗的人手，有足夠的設施，所以在SARS病房裏面也可以進行，覺得沒有問題。周醫生會否覺得，當時屯門醫院的SARS病房和深切治療部的界線是模糊了呢？

周亮醫生：

其實，基本上SARS病房和深切治療部的規格都是一樣的。我相信是郭醫生剛才說的，就是環境，那個environment，當時大家都接受SARS病人，後期我們當然改良空調或者安裝抽氣扇等等。初期的環境是沒有分別的。另外，我們將SARS病房——我亦想提一提所謂open ward的意思，其實當變成一個SARS ward的時候，它已經跟一個普通的open ward有不同規格的了。它們是一個SARS ward的規格。所以譬如他在SARS病房做插喉的程序，我們有一定的工序，譬如把要插喉的SARS病人放在一個房間，沒有其他病人，當然第一是space的問題，第二就是，好像你說其他病人都是SARS，那也沒有多大問題，但我們亦不想在一個狹窄的地方做這個工序。另外，我們將.....第一就是深切治療科的資深醫生幫我們插，第二就是，當然我們A5病房有醫護人員幫忙，一個人做不來的，但是我們盡量減少參與這個程序.....最少的職員可以做到便行。我們不需要6、7個在場這麼多，我們做插喉，可能說的是一個醫生負責插喉，旁邊有兩個醫護人員幫忙，已經可以做到這效果。在插喉之後，那個cubicle——當然在病人轉上深切治療部之後，那個病房我們會徹底清潔。另外SARS病房的設計亦有一些流程，如何劃分危險一些的區和沒有那麼危險的區，以及有一些partition。所以雖然我們當時的SARS病房是由一個普通病房變過來，但是我們也盡量做足我們要做的事。另外就是PPE，當然我們無限地supply給他們去保障他們的安全。

何秀蘭議員：

縱使深切治療部沒有拒絕過收SARS病房的病人轉入去，但是在接收的過程中，周醫生是否覺得，有些病案本可以盡早去，但是有一些延誤，例如個多小時還未可以入去？

周亮醫生：

我想這個問題，剛才很多證人都說過、討論過，我覺得……因為早上可能是……如果你說的是3月28日的病例的話，在星期一……sorry，3月28日，當時是早上，其實早上對任何一個病房，尤其是深切治療部，都是一個比較繁忙的時間。因為很多時都是在早上8時多巡房，深切治療部也好，普通病房也好，醫生都是在早上上班、巡房等。通常來說，任何病房最忙的時間都是早上8至10的時段。加上剛才有些證人已解釋過，為甚麼有個多小時這樣的問題出現，那是因為要騰出一些病床。其實不單是SARS病——ICU要這樣做，假若我們說心臟科的病房，譬如心臟病發，要入那些病房，我們通常都是將病人——假設有8個病人，而有一兩個的病情較輕，如果有床需要新的病人入來，我們便會轉這兩個病人或一個病人出去，讓新接收的病人進入。其實這些特別高……加護的病房，或者需要特別治療的病房的床位都是有限，你要適當地運用，始終都有這個問題存在。

何秀蘭議員：

當時有沒有考慮過，深切治療部亦應該增加病床呢？

周亮醫生：

呃……我剛才說過，我們後來做了一個計算，所以便開了第二個SARS病房。將D1的病房轉為SARS病房。

何秀蘭議員：

主席，我問完了所有問題。

主席：

各位委員，有沒有問題大家想問，請舉手示意。勞永樂議員。

勞永樂議員：

多謝主席，周醫生，說一下A5病房吧。剛才我們知道A5病房由3月26日開始變為SARS病房，亦聽到在3月28日有一宗需要在病房插喉的個案，今早我們也聽了很多有關的證供。我想問你，當時在病房，即在3月28日這段時間，有沒有用其他的辦法去支持病人的呼吸呢？

周亮醫生：

有。當然第一就是氧氣。

勞永樂議員：

是。

周亮醫生：

第二就是我們所說的BiPAP，即非創傷性的正壓那種。

勞永樂議員：

是。那你可否告訴我，譬如說，在3月28日當天或前後，有多少個病人用這種無創的BiPAP呼吸支援？

周亮醫生：

我記憶所及，應該是28日、27日，我想27日在A5病房應該有，可能有兩個病人正在使用。

勞永樂議員：

兩個病人正在使用？

周亮醫生：

嗯。

勞永樂議員：

你是否記得清楚，這兩個病人用這種呼吸支援分別用了多長的時間？

周亮醫生：

多長我便真的不知道。但我記得是用過的。

勞永樂議員：

是。

周亮醫生：

而且順帶一提，謝醫生，謝婉雯醫生是呼吸專科醫生，她亦對無創輔助……吸氧……她是專家，即她的interest在那裏。

勞永樂議員：

是。所以這兩個病人的這種呼吸支援，她也有份參與？

周亮醫生：

是。

勞永樂議員：

你可否向委員會解釋，甚麼叫做BiPAP的呼吸支援？

周亮醫生：

當然，一個病人，如果他因為心肺功能或者任何一個器官有問題，他缺氧，不足夠，我們便要給他一些叫做supplemental的氧份。這個方法從何而來呢？通常最簡單就是給他一個氧氣罩，在牆上有氧氣走出來，或者有些喜歡放兩條我們叫貓鬚，即放在鼻孔內的。其實都是一些供氧……更多的氧份給病人。如果這個病人再差，以前未有無創助氧之前，再惡化下去，再給氧氣都不行，譬如說加到10公升都不行，血氧含量仍然低，病人開始累，呼吸開始急速，血壓等不是很穩定，我們便會採取插喉這個方式，然後駁去一個呼吸機。

勞永樂議員：

嗯。

周亮醫生：

這個無創是近年的新做法，就是說我們可以避免插喉，但我們亦可以——除了用剛才所說的氧氣罩或者鼻喉，我們可以用一個好像面罩的東西，吸住病人的面，盡量fit得很好……很fit面孔，然後用一個機器給一些正壓的氧氣，當然不是好像空氣這麼少的氧份，可能多些氧份，然後讓它在病人呼氣吸氣之間都保持着一個正壓，讓氧份可以更加滲透入肺部，增加他的氧份，令他可以……紓緩他的氣促，或者血氧不足的情況。如果你在這個過程幫到病人，而他的肺……假設是肺吧，他的肺的病……不一定是SARS，可能是其他病，肺炎也可以，而倘若他服用你處方的抗生素等等一兩天後好了起來，他要求你給他的氧份少了，那便可以脫離無創助氧這個東西。

勞永樂議員：

是。

周亮醫生：

可以避免插喉這個程序。

勞永樂議員：

即換句話說，拿一個面罩，緊貼鼻和口，邊緣應該不漏氣的，用正壓把氣泵到病人的呼吸道中，這方法是否如此呢？

把氧氣泵進病人的肺，但是入了去的氣都要再出來的。

周亮醫生：

是。

勞永樂議員：

那麼排出來的氣又怎樣處理呢？

周亮醫生：

那些氣便……留在病房裏……如果你這樣說的話，即你用氧氣罩，或者氧氣喉，他吸進去都要再噴出來的，如果用這個無創也是一樣，因為沒有經過呼吸它都是這般再噴出來的。

勞永樂議員：

那麼再噴出來會不會有一個……譬如說好像用呼吸機的時候，有一個過濾器，這種無創面罩有沒有一個過濾器才讓空氣釋放出來呢？

周亮醫生：

這個沒有的。

勞永樂議員：

沒有的。那會否擔心有一個感染控制的風險呢？譬如說“谷”一些氣進去，又再噴出來，“谷”一些氣進去，又再噴出來，會否增加了病房環境的感染風險？

周亮醫生：

嗯，這個其實都是很……怎樣說呢，其實就是……當然我們覺得，病人用這個BiPAP的時候，我們通常都是放他在病房裏面，讓他盡量和外面……即盡量少接觸這些氣。或者甚至應該多些抽氣扇等等，使它在排氣過程中盡量走出窗外，而不是留在病房中間。這其實在後期……不要說……順帶一提，後期我們病房增加換氣量和鮮氣等等，其實都是想製造一個環境出來，將氣抽出去，然後使氣流可以跟一個direction走，在中間，然後經過病房，有SARS病人的病房，然後走出去。

勞永樂議員：

嗯。

周亮醫生：

所以，如果用無創方式，我們通常都會放他在一個病房裏面，盡量教懂他，那麼我們的職員便可以走出來，即不會……按照你的說法，盡量避免和病人這麼緊貼。

勞永樂議員：

在3月28日的時候，有沒有這些特別安排？譬如將這些病人都放在病房旁邊的小房，或者當時有沒有甚麼隔離安排？

周亮醫生：

我相信有，但是如果你說是否……我便真的要看看病歷才知道。

勞永樂議員：

是，是。

周亮醫生：

因為當時A5不是有很多病人的吧。

勞永樂議員：

是。

周亮醫生：

所以我想，我logically地想一下，找一個single room給他應該是沒有問題的。

勞永樂議員：

是，主席，這個資料稍後都可以提供，即這兩個病人究竟用了多久這種呼吸支援，以及放在病房哪個位置。剛才我們說過，今早用過的bag，bagging的可能風險。相對來說，這個BiPAP的風險，你又如何評估呢？周醫生。

周亮醫生：

BiPAP相對……

勞永樂議員：

Bagging，即我們都說有醫護人員在那段時間在病房受到感染。BiPAP會否是一個因素呢？

周亮醫生：

嗯，其實我們觀察過很多其他醫院，包括……即香港的醫院也好，或者鍾南山教授那裏，他用很多BiPAP的，成功率亦很高，即不需要……令很多病人避免了要插喉這過程，或者搭呼吸機方面。

如果你說在醫治病人方面，有很多地方都證實它是有用的。即對醫治SARS病人的程序.....

勞永樂議員：

有用。

周亮醫生：

有用，是。但是你說BiPAP本身會否存在危險呢？導致病菌散開呢？其實後來很多醫院都identify每一個病房也有一些可能屬於有危險的程序，譬如插喉、開氣孔、或者很高流量的氧份，或者甚至BiPAP都被放在那個list上面，都是有可能的。

勞永樂議員：

是。即在SARS的後半段都安排了，譬如增加排氣，又加強空氣的安排，3月28日當時未做這些事嗎？

周亮醫生：

嗯，3月28日.....似乎做了一些，我不記得清楚了，似乎已經加強了氣流。

勞永樂議員：

但當時的病房都是用空調，沒有打開窗那些安排？

周亮醫生：

沒有打開窗。因為我們覺得打開窗不是一個好的方法，因為風.....你打開窗，可能外面強風吹回來.....

勞永樂議員：

是。

周亮醫生：

那麼變得更有可能是把病菌吹回病房中央。

勞永樂議員：

是。

周亮醫生：

所以我們甚至決定不准開窗。

勞永樂議員：

好的。譬如說到了現在這個階段，醫管局對BiPAP用於SARS病人身上，有沒有甚麼指引給你們？

周亮醫生：

其實這個題目……都討論過很多，其實就暫時都未有定案，即是有討論過，因為有一些醫院用得很好，亦對SARS病人有用，亦有一些外國的醫療雜誌刊出過那些報告，compare加拿大、美國那些中心這樣使用，暫時都是一個比較……叫做controversial的問題。

勞永樂議員：

有爭議性。

周亮醫生：

是，有爭議性。

勞永樂議員：

但是大部分的醫院，現在還用不用BiPAP，到了這個階段？

周亮醫生：

現在是對甚麼病人使用？

勞永樂議員：

譬如說對SARS病人，就算這樣不幸，香港再有SARS重臨，會用還是不會用呢？

周亮醫生：

可以用，但是它後來——我記得了，你這樣說，是有指引說要在一個single的隔離病房，單人的，以及有氣流的負壓的……

勞永樂議員：

負壓病房。

周亮醫生：

.....病房裏面可以用。

勞永樂議員：

好的。談談另外一個病房 —— C8病房，C8病房在你的陳述書中，在4月26日和27日分別有3個員工病發，那天當作 —— 我相信在27日 —— 當作一個爆發的處理。亦有.....在你的陳述書中，回答我們第6條問題時，提到最終有10個病人，以及1個病人的親屬受到感染；亦有提過有兩個源頭病人，我們看到第一個源頭病人是在21日再進入醫院的 —— 4月21日。

周亮醫生：

嗯。

勞永樂議員：

這第一個源頭病人，是甚麼時候才知道她感染了SARS？

周亮醫生：

這個應該是.....她在21日再入院之後，應該是.....我們是.....讓我先想一想，她在21日.....應該在那幾天我們轉送了她去SARS病房，她應該是在24日 —— 如果我記得 —— 應該是24日，即是在21日她再入醫院，接着我們根據其他診斷的報告，我們在24日那個高解碼掃描中在肺部看見一些陰影，那我們當時轉送了她去D5病房 —— 其中一個SARS病房。

勞永樂議員：

D5病房，最初這個病人是在C8的。

周亮醫生：

是，在那個fever cohort的cubicle裏面。

勞永樂議員：

是。可否告訴我們怎樣處理在C8病房裏，接觸過這個源頭病人的其他病人？

周亮醫生：

我們就會把他……我們叫做cohort了，即是我們在最初那幾天，4月28日那時候，將C8病房的病人，我們叫做freeze了，即是不讓他出去，又不讓他進來。

勞永樂議員：

嗯。

周亮醫生：

然後——剛才郭醫生也說過，就是有些病人出了去社區、老人院，可能我們覺得有這樣的需要，將他“捉”回來，然後再安置在C8那裏。但因為當時的時間太急切，我們——剛才郭醫生說的就是，我們在那兩、三天就盡量將那些病人集中在C8那裏。

勞永樂議員：

嗯。

周亮醫生：

當然，出了院後有一些是“行得走得”的，我們就要他去那些DMC那裏覆診，監察着，staff亦做surveillance。但很快我們到C8……我們就……應該是4月30日——我如果沒有記錯——即是在所有病人集中於C8，cohort了之後，4月30日，我們就……還是在5月初呢？應該是……我不是很記得那個日子，就是那時候我們便再用A5病房，A5那個病房……因為我們在4月底將它清洗過，因為當時SARS的病人已經少了，我們在A5將它……即是B5、D5已經可以take care那些patients，我們將A5大清洗一番，剛好那個時間配合到，因為我們洗那個air duct，不是一天可以洗完的。

勞永樂議員：

嗯。

周亮醫生：

所以，由28日起，C8那裏就有兩、三天delay了一點，就是因為等待它洗air duct。然後A5那一班staff，因為看過.....以前是take care SARS病人的，所以我們將一部分的C8病人安置到那裏再cohort，盡量.....因為我們亦明白，我們不想令C8太過擠迫，有一部分病人亦是.....甚至後期一點的，我們將C8 close了，在close之前，將病人有一些可能轉送去博愛醫院，譬如他還有些.....他不是SARS病人，我們cohort了他不是的，但他有其他的內科病況、病例，譬如他有心臟病還未康復的，那便在那裏繼續留院。

黃大仙醫院亦幫我們接收了一部分，我們將C8病房完全empty了它之後，就大清洗過。

勞永樂議員：

嗯，嗯。那有多少個病人被接收回來呢？多少個這些接觸者被接收回來呢？

周亮醫生：

呃.....我們做過contact tracing，當然問過很多staff，問過很多patients，或者甚至是他們的visitors。至於有多少個病人接收回來呢？我就.....讓我先想一想，我們應該有接近.....那個數字我不是很記得了，因為後來交了給防感染那邊處理，以及我們有個.....它再有一個組分出來，在Infection Control再分一個team出來，叫做Contact Tracing。那個其實在4月初已經有的了，那個就是用作——在4月5日已經成立了——是用作跟進這些有可能爆發，或者甚麼的，即當時沒有爆發、沒有隱形病人，我們都有一個這樣的team form了。

勞永樂議員：

嗯，嗯。

周亮醫生：

呃.....那個數字，我就真的無法給你，可能我說一說.....

勞永樂議員：

20個有沒有？

周亮醫生：

應該有。

勞永樂議員：

有。又會否有30個？

周亮醫生：

我想是20個左右。

勞永樂議員：

20個左右。其實還有另外一個源頭病人，這另外一個源頭病人就是在4月18日入院的，也是送入了C8病房。

周亮醫生：

是。

勞永樂議員：

這個是甚麼時候知道她是SARS病人呢？

周亮醫生：

這個就.....她最初進來，其實這樣說吧，我想可以談談一件事，其實這兩個源頭病人，基於她們本身的病歷那個——譬如第一個病人，我想說回一些，譬如她從上海回來，其實我們為甚麼第一次都.....其實我們不是說，為甚麼我們第一次要look hard for.....即我們連掃描也做了，就是其實我們aware她是可能有.....雖然她的病徵不是SARS的病徵，但我們是很害怕她會有危險的，所以第一個病人，我們已經做足.....就是她燒已經退了，接着看肺部沒有事，我們也再做高解碼掃描去看清楚沒有事，我們才讓她離開。

勞永樂議員：

嗯。

周亮醫生：

那第二個病人，我想這裏在我的陳詞中……

勞永樂議員：

有寫的。

周亮醫生：

……也有寫，她去了瑪嘉烈，瑪嘉烈那邊亦……她當時是懷疑個案，所以瑪嘉烈亦做了很詳細的檢查，證明了她不是才讓她出院的。然後她接着去了那些DMC —— Designated Medical Centre 那裏follow up，所以我們 —— 她有這樣的history，有這樣的病歷來到我們那裏，在A & E跟我們內科醫生互相consult時，那個決定都是，雖然她不符合SARS病人的criteria，但我們亦很小心把她安置在一個cohort cubicle。後來她在18日入院之後，起初仍沒有事的，肺部還是“清”，有點發燒，還退了燒，其實退了燒便以為她沒事，想着她可以出院也說不定，後來才再度發燒，接着再到了好像是20日，我不太記得是否那個日子，她的肺部才開始“花”，其實是廿幾號，接着便一直轉差下去，接着再照CT，是有那個……

勞永樂議員：

肺炎。

周亮醫生：

……肺炎，我們便把她轉送去SARS病房。

勞永樂議員：

是，是在哪個日子知道她是SARS病人 —— 這一個是？

周亮醫生：

這個應該是……她當時應該好像是在23日。

勞永樂議員：

23日。

周亮醫生：

我不太記得，應該可能是23日。

勞永樂議員：

即大概是那段時間。那這個病人的接觸者處理是否亦跟第一個源頭病人一樣，會叫他再回來醫院呢？

周亮醫生：

是。

勞永樂議員：

你剛才說過大概20個左右，是否都已經包括了這兩個源頭病人的接觸者了？

周亮醫生：

其實我們是將這個.....我們當她在23日那個“入紙”，我們是倒數的。

勞永樂議員：

是。

周亮醫生：

倒數回上去，其實我們將10天前在那個病房的病人，哪個病人住哪個病.....病人number那些，全部看過，然後我們就逐一去trace。所以，真的回來病房的病人就可能是20個，但其實真的要trace所有的patient，在說的可能有100多個。

勞永樂議員：

100多個。有一些就去了DMC，即是衛生署那些指定診療中心那裏看病，有一些就是黃大仙幫忙接收了，有一些可能去了博愛。

周亮醫生：

有一些可能在13日那個階段進來過，沒有甚麼事的，那我們也要問的。

勞永樂議員：

是。

周亮醫生：

就是那樣。

勞永樂議員：

這20個病人回來時都在C8病房住過一段短時間？

周亮醫生：

是。

勞永樂議員：

是。有否一個擔心，就是這20多個病人被召回來病房作觀察，是入了院之後才感染到SARS的？

周亮醫生：

其實就有兩個層面來看，第一，如果這些病人，我先說為甚麼要帶他們回來，就是我們覺得如果這班病人已經出了去社區，或者在老人院，如果他有這個帶菌的危險，去到社區感染的效果，比起我們要他返回病房那個風險要低。

勞永樂議員：

是。

周亮醫生：

即是我們寧願community是clean的。

勞永樂議員：

是。

周亮醫生：

我們將那些病人收集回來入院，我們這樣看，我們估計就是說，當然有部分這些病人後來變成SARS，我們就覺得其實很可能都是……即是我們回看，都是可能在之前那個感染那裏有……

勞永樂議員：

已經感染了 —— 你覺得是。

周亮醫生：

我想是。

勞永樂議員：

有多少個 —— 這20個左右被召回來的，其中有多少個最終感染了SARS？

周亮醫生：

不就是那裏寫着的。

勞永樂議員：

10個都是出去了再回來的？它那裏說一共是10個。

周亮醫生：

是。

勞永樂議員：

這10個病人是否有一些是出去了後再回來的，有一些就根本未出過院的？

周亮醫生：

應該是。

勞永樂議員：

有多少個是回來之後才知道他受到感染？

周亮醫生：

這個數字我回答不到。

勞永樂議員：

即是有部分，我想……

周亮醫生：

因為那個很詳細的報告在contact tracing組那裏是有的。

勞永樂議員：

是。主席，這份文件對委員會的理解都很有幫助，我們有否收過這份報告？

主席：

我們有C8的調查報告。

勞永樂議員：

有C8的調查報告，這個我們稍後會參考。

你剛才說，機會就是他們早先已經受到感染，出去了後再回來；但另外一個可能性就是，他回到C8病房，再在C8病房受到感染，你覺得有沒有這個可能性？

周亮醫生：

呃……我們……他回來我們是——那時候已經是因為有這個爆發，我們就已經是加強，再加強，雖然那個C8病房當然已經有防感染措施，我們再加強，再去alert那些員工，他回來的時候，我們亦是——正如我所說——盡量space out那個C8，然後再cohort，然後病人跟病人之間盡量減低感染。其實我想那個再回來受感染的機會是低一點的。

勞永樂議員：

是，低一點，但不是說完全沒有。

周亮醫生：

我想在科學根據上，我們沒有可能說完全沒有這種事，或者完全有這種事。

勞永樂議員：

是，好的。主席，我暫停發問。

主席：

其他委員，就着周醫生還有沒有其他問題想問？主席本人也沒有，如果大家沒有問題，我們非常多謝周醫生出席今天的研訊。周醫生，今天的研訊，你那部分到此為止，日後如果我們有需要的話，可能會找你再幫忙，好嗎？

各位委員，我們休息一會，好嗎？我們在40分，好嗎，在40分吧，40分再回來。

(研訊於下午3時27分暫停)

(研訊於下午3時41分恢復進行)

主席：

各位委員，我們開始了。今天研訊最後一位證人是新界西醫院聯網行政總監／屯門醫院行政總監張偉麟醫生。

張醫生，歡迎你今天來到出席今天的研訊。專責委員會傳召你今天來提供證供及提交證人陳述書。首先，委員會決定證人須宣誓作供，我現以專責委員會主席的身份負責為你監誓。

你可選擇以手按聖經以宗教形式宣誓，或以非宗教形式宣誓。請你站立，並依照你面前的誓詞宣誓。

新界西醫院聯網行政總監／屯門醫院行政總監張偉麟醫生：

本人張偉麟，謹以至誠，據實聲明及確認本人所作之證供，均屬真實及為事實之全部，並無虛言。

主席：

多謝你，張醫生，請坐。張醫生，你亦曾經向專責委員會秘書提供證人陳述書，你現在可否正式向專責委員會出示有關證人陳述書作為證據？

張偉麟醫生：

可以。

主席：

謝謝你。張醫生，為了方便列席人士跟隨本委員會的程序，我們會派發閣下的陳述書給今天在場的公眾人士和記者。為了尊重私隱和其他法律理由，陳述書的部分內容已被遮蓋。你對閣下的陳述書有沒有地方想即時作出補充？

張偉麟醫生：

沒有。

主席：

謝謝你。應專責委員會的要求，你曾向專責委員會就新界西醫院聯網及屯門醫院在處理嚴重急性呼吸系統綜合症爆發方面的表現及須承擔的責任提交意見書，你現在可否正式向專責委員會提交有關意見書作為證據？

張偉麟醫生：

可以。

主席：

謝謝你。應專責委員會的要求，你亦曾向專責委員會提供閣下的專業資格及經驗的資料，你現在可否確認這些資料均屬正確？

張偉麟醫生：

可以。

主席：

多謝你。張醫生，我想在開始時提出一個比較一般和簡單的問題，希望可以協助委員會瞭解一下，你作為新界西聯網的行政總監，當SARS爆發的疫症初期，你如何幫助屯門醫院或整個新界西面對當時發生的疫症？

張偉麟醫生：

其實在這個……非典型肺炎……其實我們在2月時已知悉有嚴重社區肺炎此類病徵，所以我們在醫院管理局的渠道上，參照了醫院管理局的指引，並將Fact Sheet和FAQ分發給各個同事。在那個階段，我亦曾跟郭醫生商量過我們的防控情況應怎樣做，同時亦透過電郵等通知部分員工，提醒他們。我也知道郭醫生在防控感染上，即使在平時未有非典型肺炎此類病徵時，屯門醫院亦很着重防控感染的控制，所以在過往幾年間，每年均有很多關於防控感染的講座、講解及介紹等。大致上，平均每個月會有兩次較大型的講解活動。因此，我們的醫護人員對防控感染方面的知識，大致上均能掌握。

當然，事情開始演變，到了3月，威爾斯醫院出現爆發的情況，我們透過多方面的渠道，包括我本人在醫院管理局參與各方面的會議、知識及與各個聯網總監的資料傳遞等，亦明白到傳染病的威脅。因此，在3月中，我們按照醫院管理局的指揮架構，在聯網成立了一個指揮架構，亦即剛才很多同事所提及的Core Group。這其實是一個中央指揮，由我直接負責。我負責指揮，並有其他重要人士，包括周亮醫生、微生物學家郭醫生及其他……李醫生等，以及護理總經理及其他行政總經理等，很多人士均有參與這個會議。這個指揮中心大致上會不斷評估疫症的情況，而在最初的時候，我們亦明白到傳染病這東西是會傳染的，否則，亦不會稱之為傳染病。我們基本上已明白到，傳染病可能會蔓延這個警號。因此，在很早的時間，即在3月中，我們已開始部署，雖然在那個階段屯門醫院接收的SARS……即所謂嚴重社區感染的個案其實相對很少。此外，在3月15日以後，證實有SARS之後，我們接收的SARS病人亦不算多，但我們已預計了當這個疫症開始蔓延，或有多些病人感染此疾病時，我們應如何處理。在整體指揮上，我們預計了一系列應變措施。即是說，除了服務的調整，我們亦明白到，在服務上，除要照顧SARS病人外，亦須照顧非SARS病人，包括一些緊急個案及創傷等。因此，在服務調整上，我們要有一

個首先的……優先的調整次序，重點主要集中在救治一些……緊急服務、維持緊急服務，以及如何處理非典型肺炎這個疫情。

在此情況下，我們一方面調節服務；第二方面安排人手；第三方面在防控感染上做了很多工作。由3月中開始，已有很多防控感染的講座、訓練、到病房視察，以及個別員工即場督導等。我們已在準備上做了很多工夫。

另外，與員工溝通方面，我們亦明白到，其實當時員工對這個新疫症的憂慮很大，尤其是看到威爾斯醫院本身亦有員工受到感染。因此，我在很多公開論壇及講座上，亦有經常與員工會面。除在這些公開交流會上，我會提……向員工解釋現在的疫情、我們的準備工夫、現時已接收的SARS病人數目，並就下一步的應變措施等作出講解。另外，我很多時會到前線病房與他們商談，一方面看看他們的預備工夫，有甚麼地方需要我們提供多些支援，尤其是在心理上給予他們多點關心，讓他們覺得大家如團隊般應變這個措施。在員工支援上，除了這些交流及溝通外，譬如說在宿舍及其他方面，亦有給予他們很多支援。

當然，在PPE的供應上，基本上我們平時就算沒有疫症出現，亦有一定的PPE在病房、急症室及深切治療等供應。傳染病其實並非因SARS才存在，平時亦有存在。因此，在PPE的供應上，前線病房基本上已有一定的數量。當然，如有疫症出現，我們會增加供應量。基本上，經我巡視或與員工傾談，PPE並非一個很大的問題，尤其是我們屯門醫院接收SARS病人的數目，上升主要在4月中才出現。在3月初時，SARS病人的數目其實較少，所以PPE的問題在新界西大致上並非一個很大的問題，供應亦應足夠。在這多方面，我們做了很多準備工夫，一直監控疫情的發展，與總部緊密聯繫，並與其他聯網互相照應，而在服務調節上亦計劃得很好。因此，我們整體上已作好準備，迎接更多SARS病人。

主席：

好，多謝你詳細的解釋。各位委員，如有問題，請大家舉手示意。首先是麥國風，接着是陳婉嫻。

麥國風議員：

多謝主席。張醫生，你剛才相當詳細談及你們在意識、整體協調、訓練、防護裝備、環境、工作調配、人手資源的安排，準備應付疫症。

張偉麟醫生：

對。

麥國風議員：

尤其是在4月中之前。因此，你的文件——即你的陳述書第2段那裏，第2段最後一句。

張偉麟醫生：

是哪一份文件？

麥國風議員：

即你的陳述書。

張偉麟醫生：

我有兩……

麥國風議員：

Written Submission of CCE to Select Committee, LegCo Summon dated 1 March 2004，即你的陳述書。第2段“The time for preparations for receiving additional SARS patients was sufficient.”。你剛才……找到了嗎？找到你自己那一份。

張偉麟醫生：

你說的是第二份？

主席：

即你回答問題的那一份第2條問題的最後一句。

張偉麟醫生：

OK，行。

麥國風議員：

即那一句，“The time for preparations for receiving additional SARS patients was sufficient.”。你剛才那麼詳細向我們解釋，是不是說這已充足，可否這樣說？

張偉麟醫生：

其實預備工夫並非在4月才進行，亦不是說屯門醫院在安排接收衛生署的轉介和仁濟醫院的轉介時進行，因那時才做其實已經……如果那時才做，已經太遲。我們所指的是在3月中——即有疫症開始時，已一直監察着疫症的發展，然後計劃下一步、下一步、下一步應怎樣做。現在所說的預備工作，接收多些SARS病人，其實在我們預算之內。我們預計屯門醫院SARS病人的數目一定會有增無減，因為相信SARS的疫情不會於一瞬間可告完結，所以始終會有一段時間開始有多些病人受到感染。在3月中至4月初這個階段，我們其實作出了很多計劃，就是應該怎樣做。例如要增設一個SARS病房會怎樣？再增設一個又怎樣？有些病人如果需要復康的話，又應怎樣安排？我們深切治療部的應變能力如何？如果再增設一個深切治療部，深切治療病床會設於哪裏？合共最高容量會是多少？其實，我們之前已計算出來。因此，這裏所說的是，當我們有需要在12日接收瑪嘉烈醫院和……接收衛生署的轉介和仁濟醫院急症室的轉介時，已預算了該類增加的病人數目，而我們的計劃亦已預先作出配套。

麥國風議員：

嗯。相當好的策略和應變。你的證人陳述書第1段告訴我們，12……4月12日之前，總共有28個臨床SARS個案及8個疑似個案，但卻有4位同事受到感染。其實這個百分比，我不敢說，你認為高不高？但如果這樣說，你有沒有想過，你在11日SARS Roundup Meeting說要在12日開始接收仁濟急症室和4個DMC給你的病人，你其實有沒有考慮過，那個可能造成的沖擊會令你們的感染率，尤其是主要是職員的感染率會突然加大呢？

張偉麟醫生：

其實，我在作出決定時考慮過很多因素，第一，包括決定的需要。在當時的環境下，瑪嘉烈醫院已接收了頗大量的SARS病人，當中已有越來越多病人開始需要接受深切治療，而當時深切治療部的同事亦出現感染情況。因此，我們覺得，瑪嘉烈醫院在

當時的情況下不可再接收新症，因再多收新症的話，可能遲一步，再過10天或15天左右，會有更多病人需要接受深切治療。我們覺得，當時這個決定其實是要減輕瑪嘉烈醫院接收新症的壓力，這是需要的。至於處理方法方面，當時是由其他醫院盡量自行分擔自己區內的個案。大致上，意思即是說，其他醫院或聯網會自行接收自己的病人，而不會再將他們轉介往其他醫院。屯門醫院的新需要，就是要接收衛生署的轉介——衛生署內大致上有4個DMC——同時協助瑪嘉烈醫院在仁濟醫院那邊接收病人。因此，在作出這個決定時，我其實亦問過趙醫生，即趙莉莉醫生，她是瑪嘉烈醫院行政總監。我詢問她的經驗，仁濟醫院每天大致上有多少人需要轉介，以及在DMC——因當時該院亦有接收DMC的個案——每天大概有多少。我就此作出一個預算。我的文件也有提及，每天從這兩個來源送來的病人應不多於10個。除不多於10個外，這些病人其實亦非SARS病人，並須接受評估。譬如說DMC追蹤到某些病人，他們可能因出現了某些徵狀而需看醫生，那時便會轉介過來我們的急症室。經仁濟醫院急症室診斷後，如覺得病人有需要入院，便會協助我們再作跟進。整體而言，我會覺得，如果每天的數目少過10個，我們應該應付得來。然而，實際上，真的從這兩個來源轉來的病人數目，與我們所預料的相若，均是少於10個。就數目而言，亦不太多，每天平均的數目僅有幾個。因此，在新的調配上，與我們的計劃脗合。

當然，你談到會否引致員工受到感染？最重要的一點，就是如何能夠加強我們員工的感染控制。在這個過程中，我們看到，我們的SARS病房在那個階段，其實應不會再有……差不多沒有其他員工受到感染。此外，在我們其他病房內，感染控制工作亦做得很好，尤其是郭醫生會經常巡視病房，而我亦會經常到病房提醒他們。大致上，這一個……每天幾個，此數量其實應該可以負擔得來。當然，我們亦都會……每天我均會留意情況，如果情況有所轉變，便會調整我的計劃，亦會向醫院管理局反映。因為當時的想法是，暫時代替瑪嘉烈醫院處理新症，令該院可有機會疏導本身的病人。稍後時間，如瑪嘉烈醫院能再穩定下來時，亦會再接收這些SARS病人。

麥國風議員：

嗯，你說得相當詳細，張醫生。但你有沒有就這個決定，即在4月11日SARS Roundup Meeting上作出這個決定，之前有沒有跟你的主要……你剛才所指的Core Group，即指揮架構——你提過

ICO、COS、ICU和M&G的COS.....GM(N)—— 這個指揮架構商量一下，你們於4月12日開始要接收4個DMC和仁濟急症室的SARS病人？有沒有跟他們傾談過？

張偉麟醫生：

其實，在整體指揮上，我跟他們開會的次數相當頻密，差不多每天都會見面。我每天均會跟他們分析昨天收了多少病人，前天收了多少病人，現在大家手邊的病人情況怎樣，有沒有地方需要調整。我們也會問，如果再有多些病人又會怎樣。大家每天均會評估接着幾天的狀態。大家心理上和實際上已預備再多收一些病人。我在11日那個SARS Roundup Meeting上提到這個新的調配，我所評估的數目，我覺得我們整體.....在多個COS和整體醫院上，均沒有超出我們所作的預算。在此情況下，我覺得這是一個可行和應該做的決定。作出這個安排後，我立即回去跟他們商量。在商量時，大家均有評估，如果每天再多幾個病人，對我們會否構成很大壓力？大家覺得，在應變上已預計會有更多病人，大致上應該可適應得到，同時應可做到有關工作，所以他們是知道的。

麥國風議員：

他們都認同你的決定？

張偉麟醫生：

認同，是，那個數量其實是我們負擔得到的。

麥國風議員：

負擔、控制得到的。

張偉麟醫生：

是。

麥國風議員：

處理得到的。

張偉麟醫生：

嗯。

麥國風議員：

即由多方面角度，譬如感染控制措施、人手、環境、病床的數目等，意思是這些是大家認同的。

張偉麟醫生：

是。

麥國風議員：

你之前在開場白回答主席的問題時，你很詳細提到其中一點，就是員工的憂慮很大。我不知道這個論壇……或者你如何掌握員工的憂慮，但是在何時掌握？是在4月12日之前，還是在4月12日之後呢？你可不可以告訴我們？

張偉麟醫生：

其實憂慮大……憂慮大，其實在3月已經出現。

麥國風議員：

嗯。

張偉麟醫生：

因為大家也看到，一個新的病，世衛亦是在3月15日才能定出該病的名稱。威爾斯醫院本身亦有很多同事受到感染，而當時亦不清楚傳播途徑及我們面對的那種病究竟是怎樣，甚至連病毒也未能確認，大家仍不知道是甚麼，最大的可能是一個病毒。在很多不知的因素下，大家有憂慮是應該的，而且是可以理解的。隨着有多一些的消息，多些診斷方法等等，以及大家對於訊息交流比較充足的時候，以及多些傾談——我想最重要的是傾談，即是多些與員工傾談和聽他們的申訴和意見——大家的憂慮便可以慢慢減低。但是始終在整個疫情中，我覺得憂慮是無可避免的。

麥國風議員：

他們憂慮甚麼？憂慮受感染、憂慮設施不足、憂慮PPE不足，抑或憂慮人手不足？你可否大概告訴我們是甚麼憂慮？

張偉麟醫生：

其實最憂慮的，我也是從前線員工的角度來看，其實大家都明白到，疫症到來，大家都要為病人付出，都是要照顧病人，這是責無旁貸。所以整體來說，屯門醫院的員工在這方面的投入、熱誠，是非常值得讚賞。他們的憂慮並不是在於自己，而是如果受到感染，那麼家人會怎樣呢？會不會傳染給家人呢？如果自己有病的時候，家人怎樣照顧呢？其實他們較為憂慮自己家人的問題，至於在工作上，我覺得他們已經是全情投入了。

麥國風議員：

好了，根據很簡單地推算，你在12日之前便有36個證實或者懷疑患上SARS的病人，有4個同事受感染，即是九分之一，是不是？採用這樣的計算方法，便簡單，如果再推算下去，你有沒有推算過？

張偉麟醫生：

其實不可以這樣推算，因為基本上，第一，感染個案發生於SARS病房。當然SARS病房是一個高危的地方，因為其實當時那個.....即大家都會明白到，與其他相比，在SARS病房內的病毒數量一定較高，以及需要照顧很多病人，所以就接觸面來說，都存在很多受感染的機會。

其實，在最初的階段，有員工受感染之後，我們都不停地檢討我們的工作和加強我們的工作。所以，即使我們接收的病人數目是多了，開設第二、第三及第四個SARS病房的時候，其實再看看實際的功效，之後我們也沒有多少個員工在SARS病房受感染。所以基本上，SARS病房內的感染控制工作都做得相當不錯。

麥國風議員：

最後的結果是，有14個同事受感染，你們照顧了91個病人。也就是說，感染率是15%，即是按所照顧的病人數目計算。這較起初的10%高了。你表示在SARS病房工作的同事沒有受感染，那麼你覺得同事為何會受感染？可否大概跟我們說一說？

張偉麟醫生：

第一，我想不可以在數字上作這樣的比較，因為如果是要比較，其實屯門醫院員工受感染的數量，相對其他急症醫院的數量，

其實都沒有太大的分別。當然，當我們任何一位同事受到感染，我們都很心痛，因為其實每一天我看着那些同事……即是報回的數字，如果我看到有一個員工受感染，其實都是非常擔心和非常傷痛，因為又有一位同事因照顧病人而受感染。我們也不希望出現這些情況。但如果是整體來說，14個員工受感染，其實與其他急症醫院和有相關急症的SARS病人的數目比較，其實我覺得基本上是相若的。

同時，當你再看看，我們的員工受感染，譬如就C8來說，都是因為隱形病人。關於隱形病人這個問題，即使到了今天，可以這樣說，即使到了今天仍然都無法百分之一百預算到。其實，就隱形病人來說，最有效的方法就是有一個很有效的快速測試，當病人一有病徵的時候，無論驗甚麼也好，驗血也好，驗甚麼也好，可以立即得出答案，然後把病人隔離，這就是最有效的方法。其他的風險評估等等，雖然當然也有作用，而我們亦盡量去做，但對隱形病人來說，並非百分之一百可預防。

麥國風議員：

張醫生，你提到隱形病人，是不是在說C8病房的隱形病人？

張偉麟醫生：

是的。

麥國風議員：

C8病房其實有5個同事受到感染，與14個相比，隱形病人這個所謂因素、成因，其實相比起來不是那麼重要，可不可以這樣說？

張偉麟醫生：

都相當重要的。即是說，差不多有30%以上的都是因為隱形病人引致。

麥國風議員：

那就是說，另外的60多70%，就是非隱形病人導致，其實由其他因素導致。

張偉麟醫生：

我只可以這樣說，C8裏面的隱形病人引致了5位同事有感染。但其他的個案，其實我們也很難去分析究竟他們在甚麼情況下受到感染，因為即使再問問那些同事，他們究竟知不知道何時感染到的，其實很多同事都答不到。他們表示都做了應該要做的事，亦已穿着所有PPE，他們很多時也無法向我們說出究竟是在甚麼情況下發生。所以，如果要分析同事受感染的途徑，我想實在有太多因素，亦不可以很科學化地說出.....我想郭醫生已經提過，不可以很科學化地說出其實是在哪個情況受到感染。

麥國風議員：

但最終都應該可以估計或評估到，在幾個因素之下會引致感染，譬如工作量、遵守問題，或者環境問題.....

張偉麟醫生：

我想主要.....

麥國風議員：

.....我想作為管理階層，其實你也希望，如果真的那麼不幸SARS再重臨，你也可以讓員工知道究竟是哪個原因導致同事受感染。

張偉麟醫生：

其實在數據分析上，醫院管理局都作了一些數據分析，這是整體來說，不止是新界西。引致員工受感染，其實包括病毒數量高，譬如說在SARS病房；第二就是隱形病人，其實這都是相當常見，其他醫院都有一個共同因素，就是隱形病人所帶出的問題；第三就是在照顧病人上，有身體接觸，包括可能需要餵飯，可能要處理他的排泄物，可能還要替他.....譬如說其他方面的照顧，有身體接觸，都有很多機會接觸到的。所以，大致上我們都會從這幾個因素去看看、作出改善。此外，還有一個我相信頗為重要的因素，就是如果有隔離設施，譬如現時來說，我們已經有很多隔離病房、隔離設施，這個因素對我們防止隱形病人和防止交叉感染有很大幫助，所以即使SARS再來的時候，都應該.....我們非常有信心可以控制到疫情的發展。

麥國風議員：

張醫生，你似乎對於你的感染控制措施相當有信心，是不是？你在證人陳述書第4項表示，“Infection control was all along considered as a priority area in TMH”，加上你之前提到很多有關訓練等的措施，你有沒有印象，你其實在5月23日發出通告，要求員工除非要執行有受感染危險的職務之外，在公眾地方不准穿上個人防護裝備……

張偉麟醫生：

關於這一點，我也要……

麥國風議員：

……那你怎樣……說一說……

張偉麟醫生：

……我需要首先解釋，就是其實大家都明白到，尤其是當時很多的討論，都是關於PPE的。所以，大家很多時都把重點放在PPE的穿戴上。其實我們的員工在戴PPE方面都做得很足。但是，我們為了小心的緣故，我們希望，就是說……有些員工會怎樣做呢？他們在病房照顧病人，在照顧病人後，當他們走出病房時，便要把它脫下，脫下後又要穿上一些新的，即是乾淨的，然後走出病房。意思就是，他們走出病房後都繼續戴着乾淨的PPE，但是我們不知道那個……如果我們看見這樣的話，我們不知道那些PPE是否真的乾淨，如果真的有一位同事突然忘記了，穿着一些已經弄污的PPE出來，那麼我們便不會知道。所以，我希望同事不要在公眾地方穿着乾淨的PPE。一方面，在公眾地方應該不會存在受感染的機會，因為其實是在走廊，那麼只要做甚麼呢？就是要戴上口罩，這是必定需要的。如果大家都不穿着一些乾淨的PPE出來的話，那麼有任何同事真的無意間穿了一些污染了的PPE，我可以立即提醒他們。如果每個人都穿着PPE，我也不知道哪些是乾淨，哪些是不乾淨，那麼我便沒可能提醒有關同事。我很希望在這方面，其實是一個正確的防感染控制措施，就是希望同事能夠互相提醒。當看到有位同事無意間戴了一些裝備出來的話，便叫他脫下，或者叫他不要穿着一些骯髒的走出來。當然，我所說的，大家很多時是穿了一些乾淨的走出來，但我們分辨不到。

麥國風議員：

嗯，OK。是的，這是一個好的對策。那麼，最終同事應該都有遵守？

張偉麟醫生：

有的。我們都……一方面，其實又有點憂慮，突然間叫同事不要在公眾地方穿上PPE，當然大家不是很習慣，因為大家都覺得多穿一點會好些，就是有這樣的概念。所以，我們的督導小組都特別派了人手在公眾地方巡查，只是提醒他們而已。也就是說，如果出現這個情況，我們便再去與他們傾談一下，問問他們那些是乾淨還是骯髒的？大部分都告訴我們是乾淨的，只不過他們覺得穿了會舒服一點，即是安心一點。那麼我們便再教育他們，其實戴上口罩已經很足夠了。

麥國風議員：

這可否反映在5月後期，同事的感染控制意識都仍然是很擔心？

張偉麟醫生：

其實擔心是存在的，所以我一直都說，在整個疫症中，憂慮是存在的，但他們就是多穿一點，但多穿一點本身不會危害他們，不過我們便難以去分辨和提醒同事而已。

麥國風議員：

其實如果是那麼擔心，加上其他的原因，會不會引致較高機會受感染呢？

張偉麟醫生：

如果是那麼着重感染控制，即意識是很強的，所以才會穿那麼多，是不是？當然不是穿了一些不應該穿着的東西，只不過他們在穿着一些乾淨的而已。所以，我會覺得反映到整體的防染控制意識其實是有的，是存在的。“有”的意思，就是指有警覺性，而大家都十分着重，在每一個細節中都做足保護。所以，在這個情況下，便不應該出現有所遺漏，但可能會百密一疏，人始終都是有的，但意識上，我會覺得是相當不錯。

麥國風議員：

嗯。就個人防護裝備方面，其實我們收過……至少我個人收過一些投訴，或者電台也收過一些有關……有些投訴人打電話上電台表示，貴院會記下名字，有些同事如果穿戴了，尤其主要是口罩，戴了官方認為不應該戴的口罩，例如他們戴了N95，或者不是那種的N95，管方便會記下他們的名字。其實有沒有這樣的事？

張偉麟醫生：

關於這方面，其實我也想解釋一下背景。其實郭醫生剛才也稍作解釋，在SARS疫症，整體來說，我們絕對沒有禁止同事戴上一些正確的PPE，並沒有這樣做。我們都盡量供應給他們，然後他們戴上自己覺得適合的那些，我們絕對沒有禁止同事戴N95口罩。甚至在初期，我們也沒有禁止，我們都有供應。剛才郭醫生也試圖解釋這個情況，就是說，他作為一個微生物學專家和防感染專家，他很希望收集一些數據，我們希望知道的就是，如果員工將來有感染的話，究竟他們在當值的時候是戴甚麼PPE呢？如果我們知道是N95口罩或者是外科口罩，這對於分析會有幫助，所以意思就是作為一個持續改善的措施，用以收集數據。當然，在過程之中，可能不是那麼多同事明白這個訊息，所以同事便覺得，當戴着N95口罩時，有人會走過來問他們的名字，對他們來說就像是一種壓力。此外，從我的瞭解，郭醫生都……或者同事之間都討論過，其實那時候沒有要求同事不要戴，亦沒有叫他們脫下，只不過是搜集數據而已。所以，關於這個誤會，其實我在公開場合都對大家說，其實當時的做法是這樣的，而不是大家所以為禁止穿戴的情況。其實是從來沒有出現過禁止穿戴這一回事。

麥國風議員：

即是你容許他們戴N95？

張偉麟醫生：

是容許的。我會覺得，就是說，這是好的。其實如果員工有好的意識，其實是好的，我不會覺得應該將之減低。

麥國風議員：

但是，你們進行的資料搜集，其實那個目的是否清晰，令到前……主要是前線……

張偉麟醫生：

可能他們對於那個.....

麥國風議員：

.....的人員，得悉你們的目的？

張偉麟醫生：

第一，這不是我的意思.....

麥國風議員：

那麼是誰人的意思？

張偉麟醫生：

是郭醫生，他覺得進行數據搜集，對於日後分析會有幫助，這亦是他自己做的一個數據搜集，並不是管理層需要這樣做或者指示這樣做。其實很多時候，這類的資料搜集不一定需要管理層的批准。郭醫生的那個做法，可能有員工不瞭解箇中原意，所以發生這件事之後，我們很快已在公開的交流會上，解釋有關的原因，所以關於這件事，員工亦大致上明白這做法的主要精神。

麥國風議員：

嗯。其實當時.....你表示當時你們的PPE完全足夠，是不是？即是說，在4月10日之前，你表示因為你們有很少SARS病人，所以是相當足夠。那麼其實在4月12日之後，當時開始有大量病人進來，而且C8出現爆發，關於PPE，你覺得在量和質方面有沒有問題？

張偉麟醫生：

其實在接收.....11日以後，自12日接收多一些由衛生署轉介的病人方面，其實並非只是新界西獨個兒單打獨鬥，其實很多醫院和總部都給予我們很多支援，其中包括譬如說總部給我們的PPE供應，因為它明白到我們會多收一些SARS病人，所以在調配方面，亦給我們很充足的供應。

另一方面，除了我們收SARS病人之外，其實其他的工作量，我們都盡量減低，譬如我們調整我們的非緊急醫療服務，其實在較早前的情況，已經是作出調整了。我們可以再調整一些非緊急

的服務。另外，其他聯網也盡量接收自己的病人，無需我們給予支援。其實有一個階段，我們是繼續支援新界東的，因為新界東在最初的時候，威爾斯醫院有些感染，在服務方面——所指的是非SARS服務，即是並非SARS，向病人提供的其他服務——其實我們擔當支援他們的角色，意思即是說，如果他們有一些譬如心臟病、血壓高，或者其他的疾病，如果他們在接收方面有困難，便會轉介過來。所以，在3月12日之後，其實他們都在這方面作出調節，他們自己繼續做回本身的工作，所以關於這方面，我覺得聯網與聯網之間，其實有很多互相支援，即大家在服務上的調整和資源上是互相呼應。

麥國風議員：

我想問一問張醫生有關隱形病人那方面。關於隱形病人，我們在上午聽了有關專家的說法。隱形病人真的是很難避免，但其實難以避免之餘，我們都有些措施，希望盡量把他們分流出來……

張偉麟醫生：

沒錯，沒錯。

麥國風議員：

但上午……讓我看一看，是不是郭醫生，還是……好像是郭醫生表示，在急症室其實沒有……他不清楚有沒有一些這樣的分流檢查表，即是checklist，可以盡量把隱形病人“撈”出來。其實你做了急症室的顧問醫生、主管這麼長的時間，現在你是聯網總監及醫院行政總監，當時你有沒有向急症室提出意見？

張偉麟醫生：

有的。其實急症室的主管都是在那個Core Group內，他直接知道整體的應變計劃和對服務作出的調整。關於急症室，其實我也向他們提出很多意見，我亦知道，實際上在3月中的時候，他們根本已經在分流那方面有一個checklist，就是說，病人到來的時候，究竟有沒有發燒，有沒有傷風和咳嗽，有沒有去過其他地方，他們已經有一個checklist。此外，在較後的時間，在修正入院的風險評估方面，亦與兒科和內科有一系列的風險評估，亦是有一個list的，即是說，他們在收一個病人入病房的時候，是需要經過一個程序，就是說，評估那個病人有些甚麼徵狀，然後歸納成為不同的風險類型，其後由高級醫生再評估那個病人，以及看看有關的

評估是否準確。之後，如果再有需要的話，便要與內科醫生商討，然後把病人分為不同的類別，譬如說，那些高風險的，或者應該這樣說，那些可能是SARS或者懷疑患上SARS的，便會直接收進SARS病房。至於有風險因素的那些，便會送往普通病房的fever cohort area，即是由發燒控制地方那裏處理。如果是沒有風險的，就會放在另一個地方，所以這個程序基本上都是有的。以及急症室上不是單靠臨床表徵，當然臨床表徵是重要的，和在SARS中其實診斷主要是臨床表徵，但在應用檢驗上，他們都是有的。包括甚麼呢？包括照X光，他們會是照得多一些，如果有懷疑的話，他們會立即照X光和立即看，例如他們會驗血，驗血亦會同時看白血球的數目去釐定，才釐定那些病人怎樣分類和進入醫院。當進入了醫院後，內科的醫生一方面之前已經與急症室的醫生有商討，第二方面，當見到病人作評估的時候，內科的醫生其實都明白隱形病人的風險，所以他們把每一個病人視為SARS，以及亦都是不斷地幫助他們，有需要的話就做PCR，有需要的就去照X光，有需要做HRCT，所以你會看到我們都做很多CT的assessment。此外，亦每一天評估他們的狀況，假如一發覺原來那病人可以真的認定為suspect SARS或者是SARS的話，便會立即將他轉介到SARS房，所以這個過程之中是不停地評估病人的情況。另外，我們做了一個應付隱形病人的重要做法，就是當真的發生了隱形病人的時候，我們會做contact tracing。其實這個步驟在很早的時候，意思是在3月底、4月初時我已經成立了一個追蹤小組，專責全職負責追蹤隱形病人。如果有一個病人在病房出現，他就會跟衛生署開始聯繫和進行追蹤的過程，如果真的不幸地有病人交叉感染的話，盡快可以把他隔離，和將他送到SARS病房，所以這個工作其實都幫了我們很多，即之後應付隱形病人的情況。但正如我之前所說，隱形病人始終都是隱形的，在症狀評估中是沒有一個百分之百的準繩，在快速測試方面，直至現在的階段都不能說有一個很早期已經有確切準確性的快速測試，所以我覺得仍然都是面對到一定的困難，當然我們現在有了很多隔離設施，當然我們應付的餘地就會好多了。

麥國風議員：

可否多說少許關於追蹤小組的成員是甚麼人呢？

張偉麟醫生：

追蹤小組大致上仍然都是由郭醫生領導之下的，主要是由我們一位護理總經理，他就是博愛醫院的護理總經理，在他領導之

下亦是有四、五位成員協助他負責做追蹤。當然在整體來說，他也配合其他部門，包括病歷部、入院註冊處和與衛生署的聯繫等等，以及跟各個部門的員工、主管等，他也一定會有很好的聯繫。其實除了說是追蹤病人外，我們還會追蹤員工，因為員工都可能有的接觸的。所以在追蹤員工和追蹤病人上，其實很早已經跟衛生署有一定的聯繫了。

麥國風議員：

張醫生，追蹤方面，我們今早或者剛才都已經跟證人推證到很多關於插喉那方面的程序引致的風險，其實可否告訴我們，因為今早很清楚的告訴我們，插喉原則上一定由ICU的有經驗或者資深的醫生去做，是嗎？這個是不是政策呢？

張偉麟醫生：

其實，我自己也是醫生，我自己也是急症室的，所以基本上每一個醫生在他的訓練，在他大學時期的訓練、做實習時的訓練和實習之後的訓練，其實插喉這事都是必備的，是一定要教的，一定是有訓練的。而且在病人.....其實插喉本身是一個急救的過程，意思是當那病人譬如說突然間心臟停止，當病人呼吸停頓時，其實是需要即時插喉的。基本上如果.....但醫院亦有一個叫做resuscitation team的制度，其實很多醫院都有，意思是說當有一個病人如果譬如說他需要做急救的時候，我就會叫這個resuscitation team來，resuscitation team的同事會是深切治療部的醫生，所以到來的時候，他便會加入搶救。因為其實基本上如果有病人在病房出現了問題，其實當時的醫生和護士是已經可以進行急救的了，如果深切治療部的醫生到場時，他會加入那急救的，問題是插喉的工序在甚麼時間最適合，便會插喉了。基本上，意思是當那病人需要插喉的時候，我們的醫生，無論是屬於甚麼科，他們都會做的。但如果預計到一些複雜的，或者深切治療部的醫生早到了，那就可能會由深切治療部的醫生做。

麥國風議員：

即今早譚醫生告訴我們這個不是一定的？

張偉麟醫生：

即不是一定的，因為.....

麥國風議員：

他好像說到……我的瞭解好像是一定是等深切治療部的醫生才做。

張偉麟醫生：

不是一定，不是一個規則……

麥國風議員：

即至少沒有一個這樣的政策？

張偉麟醫生：

是沒有一個這樣的政策，因為如果病人真的要急救的話，那怎麼辦？是嗎？

麥國風議員：

不如我問清楚，會否一個普通在病房的MO，不是深切治療部……

張偉麟醫生：

會的。

麥國風議員：

或者沒有一個所謂曾接受有關的深切治療部的訓練，他都要插喉的，是嗎？

張偉麟醫生：

是，因為每一個醫生都懂得插喉的。

麥國風議員：

是的。所以今早你聽到譚醫生所說……

張偉麟醫生：

聽到。

麥國風議員：

那你認為譚醫生所提供的證供對於貴院的政策是否有出入呢？

張偉麟醫生：

我想又不是，其實他說的是大多數，他一向都在說是 in general，所以我覺得他是說一般情況下，而我們深切治療部的醫生其實都很快到場。所以，會不會很多要急救的病人都是由深切治療部醫生去插喉？是會的，但是否百分之一百呢？我想不是的，他說的是大致上，那大致上的話，我想是對的。

麥國風議員：

即原則上或者大致上。但在病人的履歷表……不是履歷，是病人的醫療紀錄 —— medical records，有沒有寫下由誰去插喉呢？會否寫下，譬如 Dr A 或者 Dr B 去插喉，很清楚的，會不會呢？這是不是一個準則呢？Protocol？

張偉麟醫生：

會有紀錄的，就是有沒有插喉，你說有沒有寫下由誰去做？那不一定會寫下由誰去做，但亦有時候會寫下，所以這方面很難說有沒有百分之一百一定要寫下由誰去做，譬如說抽痰由誰做？“電”那心臟由誰去做？很難每一項都寫下的。

麥國風議員：

是，最好是全部都寫下，但應該有可能沒有寫下，是嗎？

張偉麟醫生：

是。

麥國風議員：

主席，我暫時沒有問題，不如讓其他委員問問題。

主席：

其他委員，如果有問題，便舉手示意。陳國強議員。

陳國強議員：

張醫生，我聽聞謝婉雯醫生訂的口罩到現在都放在她的桌子上，我想問一下是否在那時候那些口罩或者那些醫護裝備是不足夠呢？所以醫生便需要訂這些口罩來給自己用？

張偉麟醫生：

首先，我想說回SARS前期的安排是怎樣的。SARS前……即還未有SARS時，即說SARS以前……在還未有SARS的情況下，其實在一般情況——我之前都說過——其實防控感染、傳染病甚麼時候都存在的，即不是有SARS才存在的，所以基本上我們的同事對防控感染都有一定的認識，以及第二項，在裝備上，在普通的一般病房，無論它是內科病房、無論它是深切治療、無論它是甚麼病房，它都會有一定的保護裝備，尤其是呼吸科，現在說呼吸科，呼吸科的意思就是它是有很多要照顧呼吸道感染的病人，所以其實呼吸組內他們對於譬如口罩等等，他們都會有一定的安排。大致上，在當時未有SARS時，其實醫院已經會有一批批的N95口罩購買了並供應給內科，然後內科會分發給有關的單位去處理，就不是……這個有少許特別，我不知道大家會否誤解了，其實我們購買時就會買3 000，3 000個就會供應給內科，內科就會分發給不同的醫生、護士或者不同的病房，所以基本上我也會知道，其實同事是有一些數量的N95口罩。

陳國強議員：

張醫生，屯門醫院相比其他醫院，在SARS病房中的醫護人員感染就只是屯門醫院有的，是嗎？

張偉麟醫生：

不是。

陳國強議員：

即在SARS病房裏做的？

張偉麟醫生：

不是，很多醫院都有。

陳國強議員：

即很多醫院都有，不止是你們的SARS病房才有人感染，即沒有這個意思？

張偉麟醫生：

我的瞭解就不是了。

陳國強議員：

你的瞭解就不是？

張偉麟醫生：

是。我想勞醫生和麥先生都知道的。

陳國強議員：

如果在這個情況底下，這樣受感染，你覺得那防禦措施是否做得不足夠呢？

張偉麟醫生：

始終傳染病就真的是無孔不入的，就算你是做得如何足夠，其實有沒有一個人能夠說做足百分之一百呢？我想沒有一個人夠膽說每一個過程都做到百分之一百，其實有時候都會百密一疏。另一方面，其實在照顧病人，在SARS病房中，那麼多的SARS病人，其實SARS的病毒數目其實都很多，以及每一次又要診症，又要照顧病人，可能是排泄物、又可能要餵飯、又可能要做很多治療性的工序，其實這些工序對於那接觸面，即員工對於病人的接觸面其實都很深的，即其實你有很多機會有可能沾染到一些病毒，當然穿着PPE是一種的預防方式，但其實穿了PPE是否就可以百分之一百防止感染呢？暫時我們看到的數據就不是，即就算穿着了PPE都可能有機會受到感染，但感染的途徑是怎樣呢？大家都不太清楚，可能會不會是搔搔癢，會不會是高危的動作，會否是一些很緊密的接觸，這些都是有很多機會會發生的，我的意思即是有很多因素，是很難百分之一百避免得到。

陳國強議員：

你們的醫護人員做的防禦設備是有沒有fit test的呢？

張偉麟醫生：

我們是做fit check的，fit check的意思就是當你戴上一個口罩的時候，你首先……這主要說是N95口罩，N95口罩主要是試一下那口罩是否適合你的面形，意思是你要經過一個過程，包括呼氣，即加壓的呼氣和吸氣，看看有沒有漏氣，這個fit check就是每一個同事都要做的，以及我們都知道他們都是懂得做的。你要測試了那口罩後，覺得這個口罩適合才會佩戴，所以是每一次都會做的。

陳國強議員：

即你們沒有一個機器……

張偉麟醫生：

機器……

陳國強議員：

可以check過口罩有沒有漏氣？

張偉麟醫生：

機器的話就有另一種fit test，即正如議員所說的fit test，fit test主要做的是看看有沒有滲透，即“漏”出來。其實在最初的時候我們是有做的，但做的方法，其實現在都是一樣，做的方法是甚麼呢？就是有一些試劑，有些試劑是噴的，跟着有一些不同的味道，等那員工戴上後噴了試劑有沒有聞到那氣味，聞到就表示有問題，即漏了，聞不到的話就好些，是沒有事。其實，那時做的反應就是，大家員工會很擔心——你噴一些東西在我那裏，會否噴了一些病毒落我身上呢？所以當時來說除了開首時做過了一段時間後，大家員工便覺得不如不做了，他們更擔心，即你要做這個測試的話會否噴了一些東西在我身上而令到我感染，反為亦都在當時情況下，fit test就不是一定需要的，大家着重說的是fit check，你一定要肯定你戴的型號或者size是符合面形，所以fit check是一定要做，fit test不是一定要做。

陳國強議員：

但即那部機器你們都有的？

張偉麟醫生：

嘖嘖？

陳國強議員：

嘖嘖那個是有的？

張偉麟醫生：

是。

陳國強議員：

今早說了的的就是最長的一個病人要泵了兩個多小時.....

張偉麟醫生：

少於兩個小時。

陳國強議員：

即大概兩個小時，那麼是否ICU醫生來得遲，或者協調不好、管理不好才導致那麼遲才到來協助呢？還是有其他原因呢？

張偉麟醫生：

首先我想說回李醫生.....李振垣醫生都說得頗詳細，就是其實當時第一個SARS病人，意思是之前深切治療部是沒有SARS病的，說的是第一個的時候。在較早的時候，其實深切治療部需要照顧有必要或者病情危殆的病人，這是需要的，所以如果我們有病床的話，我們很希望繼續照顧多一些的病人，令到多些病人受益，所以在ICU上，其實他們一直有一個.....因為那時候已經知道SARS來了，即譬如說3月28日之前其實我們已經有了計劃，當這個疫症如果來的時候會怎樣呢？如果病人情況差的時候會怎樣呢？如果多一些SARS病人需要ICU又怎樣？所以基本上在深切治療部都已經有一個應變計劃，即它已經明白到就是，我現在有那麼多張床，我就盡量照顧一些有需要的病人，而SARS的病人暫時不至於.....臨床情況不至於需要接受深切治療，我們應該將我們的設施盡量令多些病人得益，所以它已經應變了即設定了一些應變計劃，當第一個來的時候，譬如說這些、這些就需要空置，然後這些病人稍為穩定的就要離開病房，然後等SARS病人可以進

入，所以這個做法已經計劃了，但在做法上，時間上是需要的。因為實際來說，如果你說要移動數個病人來去騰空一個床位出來照顧……現在說的是騰空多於一個床位……是多於一個的床位去照顧第一個和將會再多一些的SARS病人，這是有一定的工作量的。況且，李醫生也說過，即使是移動一個病人都需要一個小時，所以，在當時的移動上是根據應變計劃去做，而所需的時間說的都是多於一個小時，大概一個半小時，所以其實當時員工的做法已經是非常快，以及已經是盡量希望縮短時間，所以這個過程我會覺得就是，如果我們要為多一些病人得益，不論是SARS病人或者非SARS病人，如果我們的醫療制度是希望多些為病人的福祉去做的話，我們是有必要經過這個過程。

陳國強議員：

張醫生，如果那個情況，即如果早已預備了，又不用泵那麼久，那你們的醫護人員感染是否真的會很少呢？

張偉麟醫生：

另外就是，第一個就是泵氣方面，其實正如李醫生所說，其實是加了一個過濾的，那過濾亦都根據科學的根據，是非常之有效的。另一方面，這一類的過濾，意思是說那個病人插了喉，然後我們加了那過濾才再駁泵氣袋，基本上病人呼出來的空氣都已經在過濾上面過濾了的，而不應該出現了它散播在大氣之中……是不應該的。至於你問那過濾的功效是怎樣呢？其實，大致上可以這樣看，第一樣，這是科學性的，即它已經說明了99.9%……有多少有效率。第二個就是說，其實在我們深切治療部有很多病人都需要插喉、駁呼吸機，其實他們都是用這些過濾的，即同一樣的過濾去做的，如果你說這些過濾是沒有效的話，其實已經正說着是深切治療部是有很廣泛的散播，如果不是，我們深切治療部同一時間有這麼多的SARS病人用呼吸機，如果那過濾是沒有效用的話，那豈不是整個深切治療部都是病毒？那應該會有很多員工會感染。實際上就不是。其實基本上我們的過濾是非常之有效，很多醫院都是有採用同等的設備去做的，所以如果你說這個過濾加在那個呼氣管中……插喉那條喉中，基本上噴出來的空氣應該是乾淨，應該不是問題的。所以我會覺得譬如說插了喉、駁了過濾，然後再用Ambu bag，或者是泵氣的泵的話，基本上不應該構成一個很明顯的危險給員工的，問題就是你相信科學還是相信自己的揣測呢？

陳國強議員：

張醫生，你是聯網總監，你有很多資料是知道的，我想問一下，今早我問了深切治療部有19個人進入了醫院，有12個離世了，這個比例在其他醫院是否都是差不多的比例，還是你們這裏比其他的醫院為多呢？

張偉麟醫生：

如果要看這些比例應該要看整體，而不應該只看深切治療，因為深切治療那批的就一定是最差的那一批，所以應該看回整體的死亡率。正如早前麥先生都有說到數字是怎樣比較，其實在整體死亡率來看，如果你單從一個數字來看，你可能會覺得會否是高等等，但其實如果我提供一些數據大家看看，第一個就是說現在研究SARS的死亡率其實有幾個很重要的因素……這已是科學上確定了的。第一是年紀，如果你是年紀高的話，死亡率就會是以倍數上升的，大致上我不太記得很準確的數字，意思是每10歲，即50到60，60到70，每10歲其實那風險差不多是雙倍的。第二是之前的健康狀態，包括他有沒有慢性疾病等等，這點亦都是非常重要的。第三是在病發的時候，病發的意思是他入院的時候，其實他會否有一些實驗室定出來的或者是一些檢驗結果呈現到譬如說他已經缺氧，譬如他某一些酵素高，這些就是一些我們說的可以展示到死亡率的影響風險因素。如果你看回屯門醫院的數字，其實可以這樣說，70%的病人……即我說死亡的個案……70%的病人是超過65歲的，意思是我們所照顧的那批病人的年紀是非常之高。第二就是，他們有一個或以上的長期病患，佔了80%……即是八成都有慢性病，甚至超過50%有3種慢性病。如果你把這些風險全加起來作一個真真正正的比較，其實跟其他醫院是相若的。

陳國強議員：

主席，我沒有問題了。

主席：

張醫生，我有幾個問題想先作澄清。特別是剛才麥國風議員問過的插喉方面，我會明白，在一個急救的情況中，在一個普通病房或者譬如SARS病房，真的要立即做的話，我相信醫生都要做。但我想問清楚，你們本身是否有一個明文也好，不明文的政

策也好，曾討論過SARS病人如果要插喉，都盡量會先叫深切治療部的同事來插喉，是有這樣的政策安排嗎？

張偉麟醫生：

不，不，不。或許我先解釋吧。其實剛才我也提到，接收第一個SARS病人入ICU之前，有很多病人……即是非SARS病人需要在ICU接受治療。另一方面，在我們應付SARS傳染病的時候，其實我們已減低很多非必要的手術，那個用意是甚麼呢？其實減低非必要手術的用意，就是希望無論在人手或ICU的病床等等，都盡量騰出多一點空間，意思是指應付能力，騰出多一點來照顧可能越來越多的SARS病人。所以，在收了第一個SARS病人進ICU之後，它同一時間亦因為感染控制的問題，而需要騰空其他病床出來，隔開其他非SARS病人去做處理。

在這個過程之中，另一方面就是說，除了我們越來越多SARS病人，我們在深切治療方面的需求開始上升，我們亦有一系列的應變措施，我們把心臟深切治療那邊的病床都轉變成SARS的病床，那方面便會多出很多ICU病床，可以用來應付這個需求了。另一方面，我們在手術室之中，我們在某一樓層的手術室之中，因為手術室內亦有一些叫做復甦房，它與深切治療非常相似，我們都在那個手術室的樓層作了一些改建，增加了一些為非SARS病人而做的深切治療。

採取這些應變措施時，其實基本上我們整體上照顧SARS病人的總容量已大為提升了，所以在稍後的時間，即是除了起初我們需要調節服務之外，在稍後的時間，其實李醫生也有提到，他的深切治療部並沒有滿過，意思即是其實那個總容量是超……

主席：

張醫生，我不是問……

張偉麟醫生：

……呃，我正在說到——我快說到了。意思即是說，深切治療的總容量增大了，亦不是全程需要很多……即不是不能應付SARS病人的需要。所以，在多出一些空間或者多出床位來照顧SARS病人的時候，我們採取甚麼策略？我想說的關於策略這方面，正好回答那個問題。我們很希望，對於那些SARS病人，如果可以預計病情會惡化，我們很希望他早些入ICU，這不單是說SARS

病人，其實所有病人都應該如此。如果你有床位的話，如果你有能力應付，無論他是SARS病人也好，非SARS病人也好，你覺得病人會惡化的話，便應該早些讓他入ICU，因為這樣他才會及早得到治療。

所以在那個環境下，我們有一個共識，那就是說，既然我們深切治療部的病床容量已經提高了，我們希望盡量早些把一些SARS病人送入ICU。如果SARS病人入了ICU之後再惡化而要插喉，便在ICU插喉。但如果SARS病人真的在病房突然惡化，那麼，你還得去做，你還得急救。

主席：

那麼，是不是有一個政策，在SARS病房內，未上ICU之前，都會叫ICU的同事下來插喉？

張偉麟醫生：

不是。首先要視乎他是否需要ICU的治療，如果你覺得那個SARS病人需要ICU治療，你便要叫深切治療部的醫生下來診視，看過覺得都是頗差的，便先送去深切治療部，如果需要插喉便插喉。但是，譬如SARS病房突然有病人心跳停止，那麼你還得下來急救，你還得插喉。

主席：

所以那是一個急救的程序，是叫ICU的同事下來幫忙做插喉，是不是這個意思？

張偉麟醫生：

所以基本上那個做法就是，插喉在哪裏做是根據病人的病情而定的，如果可以早一點預計到病人的情況會轉壞，便應該盡快送病人到ICU，這就是那個策略了。

主席：

嗯。而根據我們較早前研訊的證人所述，實際上在SARS病房，前後都有幾個病人需要在SARS病房插喉。

張偉麟醫生：

是，是。

主席：

我們的理解也是……事實上也是由ICU的同事下來負責插喉，你都可以確實這些證據，是嗎？

張偉麟醫生：

是的。

主席：

是。當時他們下來時，基本上亦正如你剛才的描述，根本上他都是想找ICU的同事下來急救，抑或……

張偉麟醫生：

去評估。

主席：

去評估？

張偉麟醫生：

評估。

主席：

是。而在評估的過程中，就覺得要插喉？

張偉麟醫生：

是了，就發覺病人的情況都很壞了，應該盡早插喉，所以便在那裏插喉了。因為如果病人真的需要插喉，你沒理由等待病人到了ICU才插，那你豈不是延遲救治？

主席：

OK。這個我相信都清楚了，是嗎？如果不清楚，大家還可以問。另外，我還想問多一樣事情，就是……即是我亦問過屯門醫院

同事的放假情況，你亦給我們提供了你的資料。我們也留意到，大約在3月31日的SARS Roundup Meeting中，曾呼籲同事盡量努力工作，應付這個疫情，曾有一個呼籲。你記不記得有這樣的一個討論？

張偉麟醫生：

我不記得了。

主席：

不記得有否討論。你是否記得你回到屯門醫院後曾作出這些呼籲呢？

張偉麟醫生：

我在很多公開論壇都有跟員工溝通，你說有沒有提到放假這方面，我則不記得清楚曾否呼籲員工不要放……你說的是不要放假嗎？

主席：

倒不是這個意思。

張偉麟醫生：

你說的是甚麼？

主席：

我讀出那句會議紀錄給你聽吧，不用特別翻了。這是3月31日SARS Roundup的會議紀錄，其中一個“staff issue”提到“General appeal to all staff to count on their professional calling and ready assistance in the crisis”，當然這不僅是說放假而已，是說你們……

張偉麟醫生：

不是說……對，對。

主席：

即是一般要他們有一個“profession calling”。

張偉麟醫生：

是，是。即是要參與，那裏所說的是積極參與……

主席：

積極參與。

張偉麟醫生：

……其實這一個呢，在屯門醫院其實很多同事都明白，那就是說，在SARS的疫情中，其實每一個醫護人員都會盡力，我倒不大覺得有些員工因為不想參與SARS的工作而申請放假，我倒不大察覺到。其實大家都明白，盡量如果……除非有特別的原因，他們當然可以申請放假，醫院管理局亦沒有一個指示，說不准員工放假，這個並不存在。所以基本上，我們會將病人的因素放在首位，然後再衡量服務的需要，第三是視乎放假的原因，看看員工的假期是否有需要。因為始終你不知道SARS何時完結，那不是說一個月、兩個月，那時我們想到的是半年、9個月，可能是這樣應變的。所以基本上亦不可能在9個月內不准人家放假，這也是不可能的，所以我會把病人服務放在優先考慮之列。

主席：

各位委員，大家還有沒有問題想問？勞永樂議員。

勞永樂議員：

張醫生，還是要回到插喉的問題，你可否……即是你用了很多時間解釋那個政策、策略，但我們委員會需要的是事實，即是很簡單回答便可以。你可否向我們委員會確定，所有SARS病人凡需要插喉的，在去年SARS爆發期間，在屯門醫院都是由深切治療醫生插喉的？

張偉麟醫生：

我可以確定的就是，在SARS病房裏面的病人如果需要插喉，便是由ICU醫生做的。

勞永樂議員：

是，SARS病房。

張偉麟醫生：

因為始終你說到普通病房是否有隱形病人這個問題，那便很複雜了。

勞永樂議員：

根據你的紀錄，曾否在普通病房由ICU以外的醫生插喉？

張偉麟醫生：

我就沒有這個紀錄，我就沒有這個紀錄。即是你說要一個紀錄，我沒有這個統計，亦沒有這個紀錄。

勞永樂議員：

要插喉的SARS病人，有沒有一個紀錄？

張偉麟醫生：

要插喉的SARS病人，有沒有一個紀錄？病歷上一定有，病歷上一定有。

勞永樂議員：

那麼，你可否在稍後向我們確定這個事實？即是所有SARS病人最終需要插喉的，都是由ICU醫生插喉的。

張偉麟醫生：

這個我可以稍後提供。

勞永樂議員：

好的，明白。張醫生，你在SARS爆發期間有沒有放過假？有沒有放過大假？

張偉麟醫生：

我沒有放過假。

勞永樂議員：

沒有放過大假？

張偉麟醫生：

沒有。

勞永樂議員：

那你為甚麼不放假？

張偉麟醫生：

其實，作為一個聯網總監，每一個同事，可以這麼說，都是自己的親戚朋友，所以在那個過程之中.....(停頓)我都很希望能夠親力親為。

主席：

已答了你的問題了。

勞永樂議員：

你是一個領導，是嗎？

張偉麟醫生：

嗯。

勞永樂議員：

你也感到親力親為的重要性，那麼你覺得.....即是大家都知道SARS是一個呼吸科的病，其中一個很重要，在呼吸科、傳染病或者深切治療科都涉及的，如果一個呼吸科的領導因任何原因而放假，雖然是合乎醫管局的規定，合乎你的聯網的規定，合乎屯門醫院的規定，但你覺得這對運作會否有任何影響呢？

張偉麟醫生：

是，對不起。我可以再解釋關於放假.....我剛才聽得不太清楚，他可否再說一遍？

勞永樂議員：

剛才我也很同意你不放假的原因，我亦很同意你說親力親為及作為一個領導的重要性。但SARS，我們大家都知道是一個傳染

病，亦是一個呼吸科的病，如果在SARS期間，有關專科——呼吸科的領導放假，雖然是合乎醫管局的規定，合乎你的聯網的規定，合乎屯門醫院的規定，但你覺得這樣放假會否對屯門醫院的運作造成影響呢？對實質上的運作、同事間的感覺，或者員工的士氣，會否有任何影響？

張偉麟醫生：

第一樣要考慮的，其實我也說過，員工放假要考慮3個因素，即是以服務的病人為首要；然後是其他人手會否有相應安排；第三是視乎那個員工的放假理由等等。另外一個我們也提到，就是說，其實我都明白，其實有時候員工是需要休息的，剛才李議員也說過，其實員工需要一定的休息。所以我會覺得，如果員工提出要放假，他的部門主管應該考慮剛才我所說的3個因素，即是究竟這位同事放假是否可以安排，如果可以安排的話，我覺得放假並沒有問題，因為始終你有4 000多個……我是說單單屯門醫院4 000多名員工，你沒有可能要求每一個員工不放假，一方面我覺得這是不合理的；第二方面，我覺得還是要考慮員工休息的情況。只要服務不受影響，有適當的調配，其實我覺得員工放假是合理的。

勞永樂議員：

你覺得合理，我們大家也聽過今天的證供，是說沒有規定不准放假的，但其實這件放假事件是否在屯門醫院內引起了一些同事間的矛盾，或者引起了一些要你親自處理的投訴呢？

張偉麟醫生：

因為我都經常跟員工傾談，所以在放假這個問題上，是有一些討論，亦有一些意見，但這方面我覺得還是應該要由大家去溝通，去看看那件事及安排是否足夠，我會看看同事放假之後的調配，我覺得是足夠可以去做。其實整個屯門醫院也不可能有哪位同事，只要放很少假便令整體服務不能運作，其實是不會這樣的，因為就算內科部都有9個Consultant，所以基本上，他們的內部調配是足夠的。當然，我也希望作出解釋，希望大家不要誤解，其實員工放假不必經總監批准，員工放假只要向上司提出，然後上司考慮過適當的安排後，他們便會做，亦無須每一個同事放假都要經我批准，不必如此。

勞永樂議員：

但你覺得超過10天的假期，是很少的假期嗎？

張偉麟醫生：

這方面，我覺得我會尊重內科部的決定。因為其實最熟悉內科部的運作.....究竟有多少同事可以調配，究竟每一位同事所擔當的角色，其實有沒有其他的專科醫生，可能是同等的呼吸科醫生，可以作為支援？然後，那個同事在放假時有否離開香港？有需要時會不會回來？這些是由內科醫生的主管處理，他是最熟悉的，所以我會尊重內科主管的決定，因為其實我亦不可能在涉及個別員工的情況下，即是在並非最熟悉的情況下，施加任何決定。我會很同意，這是內科部門的主管的決定，我會尊重他的做法。

勞永樂議員：

這件事你事前是否知道？

張偉麟醫生：

我不知道。

勞永樂議員：

屯門醫院有沒有就這件事寫過任何報告，或者做過任何調查？

張偉麟醫生：

應該這樣說，曾經有一些員工意見，我們就着那些意見亦曾經作過調查。

勞永樂議員：

好的。可否把有關的調查報告交給委員會呢？

張偉麟醫生：

這方面我想看看主席的看法，因為關於個別員工的調查，是否.....我無所謂，問題是我不知道那個程序是怎樣。

主席：

我相信這對我們的調查也會有一點幫助，不過我們一定會.....
因為我相信當中會涉及頗多個人資料.....

張偉麟醫生：

是，有很多個人資料。

主席：

.....我們會予以保密。

勞永樂議員：

好的。那我們又來談談有關你剛才所說，對員工使用口罩的數據的收集。你亦告訴委員會這並不是你的意思，那你何時得悉有關的數據收集？

張偉麟醫生：

其實都很快，因為之後很多員工都有些意見，我已經聽到了，所以之後我都知道，我便去瞭解那個情況，以及在公開論壇上解釋，又叫郭醫生向大家解釋，所以之後都沒甚麼.....我覺得這件事已經完結了。

勞永樂議員：

由開始收集直到你得悉，其間有多久？

張偉麟醫生：

我想幾天吧。

勞永樂議員：

幾天。可否說是一個星期內便處理完了？

張偉麟醫生：

應該差不多吧，我不記得實際的日子。

勞永樂議員：

即是再沒有收集數據了？

張偉麟醫生：

因為我覺得這都是一個小誤會，並不是一些真正很嚴重的事情，根本是沒有這麼廣的，所以問題不在那裏。

勞永樂議員：

是，張醫生，我們也理解有很多大事小事都會影響醫護人員的士氣……

張偉麟醫生：

是，沒錯。

勞永樂議員：

……那時的确很緊張，所以我們委員會也沒有甚麼既定的意見，我們問這些問題，都是想收集一些事實的真相，然後再作判斷。

主席，我沒有問題了。

主席：

其他委員有沒有問題？李柱銘議員。

李柱銘議員：

我相信你都預料到我會問這個問題，就是當一個醫生或者一個護士在當更的時候，如果他一更接一更地中間完全沒有休息，即使他是繼續多做8個小時，然後回家睡覺，那8個小時一直接着做下去，其實都不是一件好事，對不對？應該有些足夠時間，過一陣子休息一會，過一陣子又休息一會，要不然他便會一時忘記，譬如擦擦眼，問題便會出現了。

張偉麟醫生：

其實，醫護人員當更，即當值，都有輪班機制，所以基本上有輪班，一般我們說的是8小時工作，大致上是這樣。所以，其實

中間是有休息的，譬如吃飯也會休息一個小時，還有tea，即是有些小休，又會休息15分鐘至20分鐘。所以那個是.....regularly是有的。

李柱銘議員：

但是，譬如除此之外，如果我們緊張、着急的時候，就會自己放棄了tea break，對嗎？救命嘛。

張偉麟醫生：

如果他的病人需要立即治療，那當然會了，但之後會再作安排。

李柱銘議員：

甚至午膳的時候或者晚膳的時候，他自己都遲了，要繼續拼搏下去.....

張偉麟醫生：

都會的，都會的.....

李柱銘議員：

.....但一直.....

張偉麟醫生：

.....遲了，但不會不吃飯。

李柱銘議員：

是，當然了。但你一直拼搏下去，譬如拼搏幾個鐘頭，其實就會鬆懈了，有時眼睛有點痕癢，擦一擦，不經意就會犯了這些錯誤。他不是有意的，但因為一直這樣“捱”下去，這些事情就會出現，可能就會“中招”了。

張偉麟醫生：

我又不希望用“捱”，因為其實照顧病人，是恆常工作，就算平時沒有SARS，都要照顧病人的。譬如SARS病房，我們是有些輪轉的，意思是我們在病房內分了兩隊，一隊負責支援性一點的，

譬如說多點文書、多點做翻查電腦紀錄；有一隊是多點接觸病人的。然後他們大概一半時間就會更換。除了我剛才說有些吃飯、小休等等，他們是會更換的。更換的時候，接觸病人那些就會做回文書工作，所以基本上他們可以說是很集中精神，幾個小時照顧病人，然後較為relax一點，支援其他可以接替的病人.....接替的同事，這樣做。所以在SARS病房內，他們是有這個交替安排的。所以那三四個小時照顧病人的時候，要提醒集中力、要加強控制意識，他們是有一個這樣的空間去做，而不是說8個小時都要照顧病人，不是這樣的。

李柱銘議員：

當然了，張醫生，這個就是最好，你的安排也是想這樣。譬如醫生也好，護士也好，當他救了一段時間，拚命救了一段時間人命後，就希望“咁上下”，譬如兩個小時後，他就可以“鬆番一陣”。

張偉麟醫生：

是的。

李柱銘議員：

但是，有時不可以這樣。就算你5天都可以這樣做，第六天都可能.....因為太急了，幾個一同出事了，一拼搏的時候，就會疏忽了。我的問題只是這樣。

張偉麟醫生：

但急的通常都是那幾個小時，譬如說突然有兩三個病人較急，我們便.....OK，全部都要去照顧病人了。通常兩三個小時都“搞掂”了，“搞掂”之後，就會settle down，settle down的時候就會執拾東西，大家都會relax一點。以我行醫那麼久，沒有試過8個小時都在搶救、急救，除非是大災難那些，我急症室就會有這些經驗。但在病房內，其實幾個.....尤其是SARS病房，不是有很多病人，說的只是廿幾人，其實很多都可能是“行得走得”的，即不是很嚴重的。當然，有些要臥床的就要照顧多一點。你說同一時間有很多病人惡化的情況，不是太經常，就算有，幾個小時內都解決了。

李柱銘議員：

希望張醫生你明白我們，我們一定要希望求.....

張偉麟醫生：

求證……

李柱銘議員：

……尋求事情的真相。

張偉麟醫生：

明白，明白。

李柱銘議員：

因為事實上是有人“中招”。

張偉麟醫生：

有。

李柱銘議員：

是醫務人員“中招”，對嗎？理論上，如果樣樣都做得妥當，應該是不需要“中招”的。如果人人都……

張偉麟醫生：

我不同意，我不同意這點。

李柱銘議員：

如果是一個醫務人員“中招”，可能有很多個原因，可能很多個原因都會的，但如果他戴足口罩，洗手又全部做足工夫，理論上是不應該“中招”的。

張偉麟醫生：

這個我也是不同意的。即是說，你是不是戴足口罩、戴足所有東西、徹底洗手，就不會“中招”呢？我個人覺得不是，因為始終你戴足任何東西也好，是不是密封呢？不是的。N95，做fit test、做fit check，有沒有空隙？有的。你說話難道沒有空隙嗎？對嗎？其實意思即是說，那些保護裝備不是百分之一百可以有效的——不是說它失效，而是說它的設計或者它的使用，它是可以提供很

大的保護，但不能提供百分之一百的保護。然後你有一些高危的程序，然後你有一些可能很近的接觸，可能那個病人對着你咳嗽，對嗎？當然，我們叫他戴口罩，但有時候，那些病人氣喘起來，他也會脫掉的，他可能會這樣做。所以不是完全戴足了、做足了，就會沒事。這個我一向都深信不是的。

李柱銘議員：

即是說，如果完全做足了，就完全……

張偉麟醫生：

……那保護會很高，保護會很高。

李柱銘議員：

完全沒有錯誤了。保護很高了，但“唔好彩”，一樣會“中招”？

張偉麟醫生：

會的。

李柱銘議員：

那即是“彩數”了。

張偉麟醫生：

不是。如果你有一個頗有效的保護，然後你小心，基本上你的感染率會低。

李柱銘議員：

是了。

張偉麟醫生：

但是，你不可以說沒有，我想不可以說，即是沒有一個人會說沒有。

李柱銘議員：

OK，即是樣樣都做到十足的，從頭到尾都做到百分之一百的，仍然會有機會“中招”。

張偉麟醫生：

有機會。

李柱銘議員：

不過，這個機會就減到最少了。

張偉麟醫生：

減到最少。當然，另外就是……

李柱銘議員：

但是……

張偉麟醫生：

……另外也可能多加一樣，你說有沒有百密一疏呢？始終我會覺得，人始終都是人，你說人……你可不可以作出一個規定，就是我搔癢之前會洗手？是，我們很希望大家這樣做，亦經常這樣提醒，同事又知道，但你會不會真的不經意地搔了癢呢？真的沒有辦法的，真的。你在整個過程，是人為的一些東西，行為上的東西，是有一些不知不覺的東西。你說會不會有這些小的缺點呢？我覺得又是不可以百分之一百去防止的。

李柱銘議員：

還有一個問題，為甚麼？搔癢已經太晚了，你突然想起，已經搔了。

張偉麟醫生：

那便要去洗澡，要去洗了。

李柱銘議員：

如果又因為救得急的時候而不去，那便可能自己“中招”了？

張偉麟醫生：

所以我的意思即是說，始終都是回到那個大的答案，就是說其實是沒有百分之一百的安全措施，是沒有，是不存在的，在現時的科技上是不存在的。

李柱銘議員：

但是希望減低……

張偉麟醫生：

希望減低……

李柱銘議員：

……人為的錯誤……

張偉麟醫生：

……沒錯……

李柱銘議員：

……減到最低。

張偉麟醫生：

減到最低，而且提供最好的保護給我們的員工。這個你說將來SARS的科學發展會不會再多一點，然後還有一些——即是說——很“勁”的裝備？這個我不知道，但你說將來會不會再多點演變，再提高多點預防呢？可能是有的。當我們如果再深入瞭解SARS途徑，多點設備上的東西，可能……如果外國有這些設備，或者有這些東西，我們都會引進，但在現階段來說，我不覺得有任何事情是百分之百的。我想勞醫生作為一個傳染病專家，可以提供意見。

李柱銘議員：

主席，如果我的問題問了……第二個問題問了，你要停止我。

主席：

你剛才的問題也問了很多次。

李柱銘議員：

我想問……OK，你可以停止我的。你們醫院的record比較其他醫院不是太好。

張偉麟醫生：

我不同意。

李柱銘議員：

不同意。如果計算.....

主席：

李議員.....

李柱銘議員：

.....這個問了？

主席：

已經問了。我亦翻看了數字，我亦看不到屯門醫院比其他醫院差。如果用個案的數字和我們所謂.....即是數字的所謂偏差來說，亦是在一般的感染程度的範圍之內。

李柱銘議員：

OK，那麼，我不需要問了。不過，張醫生，我希望你明白，我們現在有那麼多議員在這裏，沒有一個人會說你們的員工不夠勤力，不夠拼搏，我們不是這個意思。

張偉麟醫生：

明白，明白。

李柱銘議員：

多謝你。

主席：

張醫生，有一個資料我想看看你們有沒有處理。在4月12日之前，有4位醫務人員感染，你們有沒有特別就這4個醫務人員的感染做過調查？

張偉麟醫生：

有的。

主席：

你可不可以將這些報告交給我們？

張偉麟醫生：

可以。

主席：

謝謝你。各位委員，有沒有其他問題？如果沒有問題，我們非常多謝張醫生今天出席今天的研訊。

張偉麟醫生：

是，多謝。

主席：

我們的.....如果日後有需要的話，可能要找張醫生幫忙。各位委員，我們可不可以過去C房，總結今天的研訊？

(研訊於下午5時10分結束)