**香港社區組織協會**

**沉冤未得雪　新魂恐又添**

嚴重醫療事故死者蔡文超

家屬記者會

　　近日基督教聯合醫院遺漏處方預防性抗乙肝病毒藥物的嚴重醫療事故引起全城關注。事故令曾長期服用高劑量類固醇的腎病病人鄧桂思，經過兩次換肝手術，至今仍徘徊於生死邊緣。八年前同樣的醫療事故，令腎病病人蔡文超於2009年因急性肝衰竭身故，家屬至今仍未釋懷，眼見事故再次重演，更是百感交集。

　　另外，家屬於2012年5月向醫委會投訴涉事的伊利沙伯醫院腎科專科醫生黃浩聲失德，希望取得公道。家屬一直苦候至今年一月，醫委會最終裁決黃醫生失德罪名不成立，家屬對此亦耿耿於懷。本會分析醫委會的裁決理據後，認為有值得商榷之處，現闡述如下（事發經過請參閱附頁）。

（一）投訴重點

家屬向醫委會作出以下三項投訴：

1. Failed to assess the Deceased’s hepatitis B status in detail before and during treatments with immunosuppressant or escalated dose of immunosuppressant（為死者提供免疫抑制劑治療或增加該藥物劑量之前或期間，未有詳細評估死者乙型肝炎狀況）
2. Failed to provide adequate information to the Deceased regarding the risk of immunosuppressant induced hepatitis B reactivation and the availability of antiviral prophylaxis（未有讓死者知悉接受免疫抑制劑治療時，可能引發乙肝復發的風險，及有預防性抗病毒藥物）
3. Failed to prescribe antiviral prophylaxis to reduce the risks of hepatitis B reactivation before commencement of immunosuppressant or escalated dose of immunosuppressant（在提供免疫抑制劑治療或增加該藥物劑量之前，未有處方預防性抗病毒藥物，以減少乙肝復發的風險）

　　投訴第一及第三項，指控黃浩聲醫生作出「專業上的失當行為」，即未達註冊醫生應有水平的行為。投訴二，指控黃浩聲醫生違反《註冊醫生專業守則》（2016）內，*2.10 建議治療與風險的恰當解釋*一項中，第2.10.3項：「該解釋不但應涵蓋治療所涉及的顯著風險，還應涵蓋出現嚴重後果的風險，即使其可能性偏低(即可能性低的嚴重後果風險)。」

（二）裁決理據

醫委會基於家屬的投訴，擬定控罪的過程如下：

初偵會草擬的控罪──‘that particulars of the complaint are that from about 2007to December 2008, you, being a registered medical practitioner, disregarded your professional responsibility to your patient CHOI Man Chiu (‘the Patient’), deceased, in that you failed to give appropriate antiviral prophylaxis with lamivudine to the Patient to reduce the risks of Hepatitis B reactivation, severity of associated Hepatitis flares and/ or mortality, when managing the Patient as a known Hepatitis B carrier with steroid and immunosuppressive treatment’

醫委會修訂的控罪──‘that from about 2007 to December 2008, you, being a registered medical practitioner, disregarded your professional responsibility to your patient CHOI Man Chiu (‘the Patient’), deceased, in that you failed to give appropriate antiviral prophylaxis to the Patient to reduce the risks of Hepatitis B reactivation, severity of associated Hepatitis flares and/ or mortality, when managing the Patient as a known Hepatitis B carrier with steroid and/ or immunosuppressive treatment for his kidney disease’

聆訊前代表醫委會秘書處的律政人員再作修訂的控罪──‘that from about 2007 to December 2008, you, being a registered medical practitioner, disregarded your professional responsibility to your patient CHOI Man Chiu (‘the Patient’), deceased, in that you failed to *advise the Patient on the risks of, and/ or* give appropriate antiviral prophylaxis to the Patient to reduce the risks of Hepatitis B reactivation, severity of associated Hepatitis flares and/ or mortality, when managing the Patient as a known Hepatitis B carrier with steroid and/ or immunosuppressive treatment for his kidney disease’

醫委會聆訊裁判判詞指出：

* 醫學界已於1999，2005，及2008年提出為乙肝病人處方免疫抑制劑之前，建議處方預防性抗病毒藥物。
* 黃醫生承認在治療死者的腎病時，已知他是乙肝病毒帶菌者，但處方類固醇和抑制免疫藥物時，沒有處方預防性抗病毒藥物，亦沒有建議病人處方或不處方預防性抗病毒藥物，在減少乙肝復發、急性肝炎、甚可能死亡等風險上的好處及壞處。
* 黃醫生時任腎科顧問醫生、辯方專家、及控方專家，均指出事發時沒有任何治療方案及指引，建議為治療腎病病人使用高劑量類固醇時，應處方預防性抗病毒藥物，而首份治療方案是在2015才引入。[[1]](#footnote-1)
* 醫委會認為黃醫生未有作出如此處方，及、或沒有讓死者知悉預防性抗病毒藥物在減少乙肝復發的風險上，並沒有低於註冊醫生應有水平。
* 醫委會宣認在考慮醫生在診斷、治療、及顧問角色上，仍採用*Bolam Test*原則，即黃醫生的行為操守，是否與他的腎科專科的同業一致；反而不會採用英國最高法院近期的*Montgomery v Lanarkshire Health* Board案件中的判決原則。[[2]](#footnote-2)
* 醫委會同意時任顧問醫生指，醫學文獻只研究器官移植及化療病人在接受免疫抑制劑治療。醫委會未能由此推斷腎小球發炎的病人在接受高劑量類固醇治療時，能作出同樣建議，使用預防性抗病毒藥物。
* 醫委會又認為，即使有如此證據作出相關治療建議，在事發時也有其他腎科專科醫生認同黃浩聲醫生的行為，律政人員也未能指出這種認同實屬不合理或不負責任。
* 因此，醫委會未能總結出黃浩聲醫生沒有為死者提供合適的預防性抗病毒藥物，及、或讓病人知悉處方預防性抗病毒藥物，在減少乙肝復發風險上的好處及壞處，在事發時，並沒有和其他腎科專科同業的水平不一。黃醫生因而未有裁決為失德。

（三）質疑之處

就以上裁決理據，本會有以下質疑：

1. 有關擬定控罪──原先投訴涉及「專業水平」和「治療及風險解釋」，收窄至控罪中的「未有處方預防性抗病毒藥物」，修訂控罪時進一步收窄至「處方預防性抗病毒藥物作為治療腎科病人」。聆訊前的修訂，補充了第二項投訴，但也只收窄在腎科專科範圍之下進行研訊。整個控罪忽視處理對使用免疫抑制劑（包括類固醇）時未有讓死者知悉有關風險，及藥物治療上的選擇（即投訴第二項）。

另外，單單以處方類固醇時未有讓病人知悉這種藥物的風險，已經可以被判失德。過去多年，均有類似案件。[[3]](#footnote-3)今次控罪及研訊，未有集中在處方類固醇時未有告知病人相關風險，已明顯違反醫生守則第2.10.3項，實應被判為失德。同時，整個擬定控罪的過程，沒有諮詢投訴人對控罪的意見，亦沒有通知聆訊詳情，及發出判決書等。

1. 有關研訊焦點──研訊期間，只集中研判控罪中「未有處方預防性抗病毒藥物」一項，但沒有討論有否讓死者知悉處方預防性抗病毒藥物時涉及的風險。
2. 有關專家意見──專家意見未有說出所有相關事實。據悉，早於1990年，已有兩份由本地及外國腎科專科醫生撰寫的學術文獻，提及使用類固醇治療腎炎時，可引起乙肝病毒復發。[[4]](#footnote-4)2006年，醫學界亦已有類固醇的臨床使用指引供醫生參考。[[5]](#footnote-5)不過專家未有在研訊期間提供這些資料，令研訊在不公正的情況下進行。

（四）跟進工作

家屬已申請法律援助進行司法覆核，但因獲得醫管局賠償，未能通過經濟審查，而司法覆核的資助，未有包含於法援輔助計劃下。本會將嘗試以案件與公民權利及政治權利有關，希望游說法援署酌情豁免審核財務資源，以資助家屬進行司法覆核，重新審核醫委會對黃浩聲醫生裁定沒有失德的判決。

二零一七年五月十四日

附頁

|  |  |
| --- | --- |
| 日期 | 事發經過 |
| 2001年10月18日 | 自小患有腎小球腎炎，一直於伊利沙伯醫院（伊院）覆診，曾多次病發，每次病發需服用類固醇治療，並有效減少炎症。由黃浩聲醫生主診直至2009年。 |
| 2007年11月1日 | 因乙型肝炎帶菌，於伊院肝炎科覆診共三次，最後一次在2008年6月3日。 |
| 2008年3月20日 | 腎科覆診，腎科專科醫生因應病情，處方低劑量的類固醇「潑尼松龍」（prednisolone 每日5mg）及抑制免疫藥物「硫唑嘌呤」（azathioprine）每日50mg，為期17星期。 |
| 2008年7月17日 | 腎科覆診，腎科專科醫生黃浩聲醫生處方同樣藥物及劑量，為期20星期。 |
| 2008年9月4日  2008年10 月23日2008年12月11日 | 三次腎科覆診，黃浩聲醫生提高類固醇藥物劑量，至每日10mg至30mg不等，有5星期連續服用劑量達20mg，亦有4星期連續服用劑量達30mg。 |
| 2009年1月13日 | 腎科覆診，黃浩聲醫生發現時驗血報告指肝功能異常，因而諮詢腸胃科意見，獲建議降低類固醇劑量及處方抗乙肝病毒藥物（Lamivudine）。 |
| 2009年1月15日 | 黃浩聲醫生認為可能是乙型肝炎復發，因而停止抑制免疫藥物，及調低類固醇劑量由每日25mg至20mg。 |
| 2009年1月19日 | 入院接受肝功能監察及藥物治療。驗血報告顯示乙肝病毒極度活躍。服用的抗乙肝病毒藥物由拉米夫定（Lamivudine）轉為較新的恩替卡偉（Entecavir），類固醇劑量維持每日20mg。2009年1月21日出院 |
| 2009年1月29日 | 再次入院。驗血報告顯示肝功能轉差。類固醇再減至每日15mg。病情繼續轉差，直至2009年2月15日轉至瑪麗醫院等候換肝，其後出現肝因性腦病變及腎衰竭，延至2009年2月28日身故。 |
| 2012年2月18日 | 向醫管局追討醫療疏忽的民事責任賠償。 |
| 2012年5月28日 | 向醫委會投訴黃浩聲醫生失德。 |
| 2012年5月29日 | 醫管局代表律師發信表示同意作出賠償。 |
| 2015年7月23日 | 醫委會紀律研訊開始。 |
| 2017年1月26日 | 醫委會紀律研訊完結，共進行六日研訊。 |
| 2017年4月13日 | 法援署通知因財務資源超出申請上限，未能獲批法律援助。 |

1. 醫委會於2017年3月28日回覆投訴人的信件中，補充說：在欠缺任何直接口頭證供下，並沒有足夠證據支持被投訴醫生未能讓病人知悉類固醇的藥性、風險、及副作用（“…there is insufficient evidence in the absence of any direct oral evidence to support the claim that the Defendant had failed to advise the Patient of the nature, risks or side effects of systemic steroid.”）（見附頁）。 [↑](#footnote-ref-1)
2. 該案件判決原則指，醫生向病人作出治療時，應讓病人知悉各種可提供的治療的療效、風險、及副作用，並由病人決定治療方案。過去醫生以Bolam Test作為辯解理由，即醫生同行之間如也有不讓病人知悉有關治療資訊的行為，在上述案件判決後，不能再作為辯解理由。 [↑](#footnote-ref-2)
3. 2008年案件MC 2846/4/E梁樹標醫生；2009年案件MC 2/1335/4/E陳煒文醫生；2010年案件MC 1/2810/4/E關細榮醫生；2013年案件MC 3413/4/E何澤誠醫生；2014年案件MC 10/161聶敏榮醫生。 [↑](#footnote-ref-3)
4. Lai KN et al (1990), ‘The therapeutic dilemma of the usage of corticosteroid in patients with membranous nephropathy and persistent hepatitis B virus surface antigenaemia’, *Nephron* 54:12-17; Rostoker G et al (1990), ‘Reactivation of Hepatitis B virus by corticosteroids in a case of idiopathic nephrotic syndrome’, *Nephron*, 56: 224. [↑](#footnote-ref-4)
5. Singapore MOH Clinical Practice Guideline (2006), *Use of Corticosteroids in General Practice*. [↑](#footnote-ref-5)