

盧寵茂局長鈞鑑：

十年等待換來草草了事

對香港醫務委員會調查結果及申訴機制之深刻失望與質疑

本人撰寫此公開信，是以一名歷經十年喪親之痛的家屬身份，向局長發出最沉重的申訴。

本人於 2017 年去信香港醫務委員會（醫委會），投訴註冊西醫謝啟暘、張凱晴、李栩翽及洪穎恩（MC 17/411）。2021 年 11 月 8 日，醫委會來信通知沒有足夠證據控告洪醫生專業失當，但會轉介謝醫生、張醫生及李醫生接受紀律研訊。有關本人向醫委會投訴的經過，申訴專員公署於 2026 年 2 月 4 日公布的《衛生署轄下香港醫務委員會秘書處 就投訴處理所提供的支援及成效、衛生署的相關監管》報告內的個案二已有提及，請參閱附錄。

然而，2026 年 9 月 9 日，本人收到醫委會發出的回覆信件（見附件）。經過長達十年的漫長等待，醫委會初步偵訊委員會（PIC）僅憑簡單兩頁紙，以「證據不足」為由，決定不作進一步追究，亦不召開研訊，將家屬漫長的尋求公義之路草草劃上句號。面對這樣的結果，本人感到極度失望、憤怒與無奈。

#### 一、死因庭已裁定「死於不幸」並揭露死因與涉事醫生有關，醫委會何以無視？

2016 年 10 月，本人妹妹葉 於伊利沙伯醫院分娩後因大量出血不幸離世。2022 年 9 月，死因裁判法庭在經過詳細研訊後，裁定妹妹「死於不幸」，並提出多項改善建議。死因庭上披露的案情及相關新聞報導（詳細報導請見：<https://thewitnesshk.com/?s=CCDI-602%2F2016%28SH%29>）清楚記錄了涉事醫生的嚴重失誤與不當處理，包括：

1. 殘留胎盤未能察覺：涉事婦產科醫生謝啟暘在排出胎盤後檢查稱胎盤完整，惟事後證實死者體內殘留逾 5x5.5 厘米的胎盤組織。謝醫生更在死因庭上公開承認當時是「睇錯」，病理學家作供時，稱肉眼可見妹妹排出的胎盤「似有一楷缺失㗎」。
2. 醫療決策致命延誤：涉事婦產科醫生張凱晴、李栩翽決定為妹妹進行子宮切除手術。死因庭延聘時任中大醫學院婦產科系主、的婦產科專家梁德揚醫生作供時指出，案發時未有證據顯示子宮令急救困難，故沒有必要進行切除，而院方在未補充凝血因子情況下，進行子宮切除手術，更是致死的直接原因。死因裁判官何俊堯又引述梁醫生的意見，指出妹妹因羊水栓塞導致瀰漫性血管內凝血（DIC），而涉事醫生明知死者有 DIC，仍進行切除子宮手術，引致其大量出血，最終致死。若當時沒有進行手術，便不會導致出血，「係人為因素」。最終，死因庭裁斷妹妹死因為羊水栓塞而導致瀰散性血管內凝血障礙，醫護人員在未有察覺及糾正相關情況，亦未有適當補充凝血因子的

情況下便為死者切除子宮，導致腹腔大量出血，器官如骨牌般倒下，最終不治，裁定死於不幸。

本人認為，死因庭的研訊過程及專家證供早已清楚確立了謝、張及李三位醫生於醫療過程中出現重大錯失，為何醫委會初偵會竟能結論為「沒有足夠證據顯示涉事醫生有合理機會被裁定犯有專業失當」？醫委會究竟有否參考三名醫生在宣誓下於死因庭上的作供？醫委會所委任的專家是否較死因庭延聘的專家更具資歷及經驗？這是否意味著醫委會的審查標準可以凌駕於死因裁判法庭的事實裁決之上？

## 二、伊利沙伯醫院短時間內接連發生相同悲劇

更令人心寒的是，妹妹事故當年，伊利沙伯醫院在當時短時間內接連發生多宗產婦分娩後血崩死亡的故事。這絕非單一偶發事件，而是反映出醫院系統及醫療流程存在嚴重風險，致令該院的婦產科醫生專業水平不足。然而，醫委會對涉及人命的醫生失當投訴採取「免予研訊」的處理方式，如何能保障廣大市民及孕婦的生命安全？又怎能藉此督促醫院檢視系統性缺失？

## 三、十年拖延、兩度重頭開始，制度如「巨人與雞蛋」

從 2017 年提出申訴至今，歷時接近十年。期間醫委會程序一再拖延，甚至兩度將案件發還初偵會重新審議、重頭開始，令家屬在漫長的等待中承受二次傷害。正如傳媒報道所言，面對缺乏透明度、如「無王管」一般的醫委會，普通市民就如雞蛋撞向巨人，毫無制衡能力。

而在現行的投訴機制下，當初步偵訊委員會作出不追究的決定後，申訴人完全沒有任何內部上訴或覆核的途徑。家屬唯一的選擇，只有門檻極高、費用昂貴且程序繁複的「司法覆核」。這種「一槌定音、不設上訴」的機制，實際上等於斷絕了市民尋求公義的通道。

本人在此懇請 閣下跟進以下訴求：

1. 正視死因庭裁決與醫委會決定之矛盾：請 閣下要求醫委會交代是否曾參考死因研訊的證供，並重新審視本個案的初偵會決定，對死因庭已揭露的「睇錯胎盤」、「未補凝血因子即切子宮導致死亡」等事實作出合理的專業與公義交待；
2. 檢視醫委會委任專家的程序：同為婦產科專家，但醫委會的專家與死因庭的專家所提出的意見差距甚大。請 閣下要求醫委會檢視委任的專家是否客觀、中立提供意見，抑或是偏幫被投訴的醫生；
3. 改革醫委會申訴與上訴機制：請 閣下跟進，打破醫委會自查自糾的封閉體系，建立獨立且具透明度的上訴與覆核機制，讓對初偵決定有合理質疑的家屬有法可依、有途可訴。
4. 建立醫療事故與專業失德的追責時限監督：請 閣下跟進，防止醫委會以拖延手段耗盡家屬心力，同時針對重複發生事故的醫院及專科進行強制性系統審查。

正義不應被十年的時間磨滅，市民對本港醫生專業的信心也不應被封閉自守的機制消耗殆盡。懇請閣下重視此事的嚴重性，還妹妹一個公道，及我們一個合理的交代。

敬祝

公安

葉

2026年10月8日

|      |                                                                                                                                                                   |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | <p>希望能盡快委任新專家證人並完成報告。</p> <p>律政人員就事涉個案提供法律意見。另一方面，醫委會索取用作擬備補充報告的專家意見。</p> <p>因應律政人員的意見，醫委會秘書要求事涉醫院提供相關醫療記錄或報告，以及就先前提交的文件作澄清。</p> <p>醫生乙的代表律師確定先前提交的資料並同意研訊日期。</p> |
|      | <b>2025年3月</b>                                                                                                                                                    |
| (11) | 醫委會通知事涉各方研訊日期為2025年10月某兩日。                                                                                                                                        |
|      | <b>2025年3至12月</b>                                                                                                                                                 |
| (12) | <p>事涉各方提供進一步資料及澄清，為研訊作準備。</p> <p>研訊於2025年10月進行，研訊小組決定永久擱置研訊。</p> <p>研訊小組於2025年11月作覆核研訊。其後，研訊小組訂於2026年4月及5月某兩日繼續研訊。</p>                                            |

4.3 相關人士向公署表示，研訊小組、由律政司指派的律政人員、相關證人及投訴人 A 已提供他們可於 2026 年 1 至 3 月出席研訊的 24 個可行日期，但醫生乙及他的代表律師卻竟然可以表示未能配合，並要求在同年 4 至 6 月才進行研訊；最終，研訊訂於同年 4 至 6 月其中兩日進行。

## 個案（二）

4.4 2016 年，投訴人 B 的家人在一家醫療事故中離世。2017 年，投訴人 B 向醫委會投訴四名事涉醫生，並提交了家人的解剖報告。相關主要事件經過見表 7。

表 7：醫委會處理投訴人 B 的個案的主要事件經過

|     |                                                                                                                                                                                                                     |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | <b>2017 年 11 月至 2019 年 7 月</b>                                                                                                                                                                                      |
| (1) | <p>偵委會主席就如何跟進事涉投訴作出指示。</p> <p>偵委會接獲投訴人 B 的法定聲明，事涉醫院的醫療記錄及專家意見。</p> <p>醫委會向事涉醫生發出不具控罪的偵委會通知書。</p>                                                                                                                    |
|     | <b>2019 年 7 月至 2021 年 5 月</b>                                                                                                                                                                                       |
| (2) | <p>偵委會接獲投訴人 B 及事涉醫生提供的進一步資料，並邀請專家提供補充意見。</p> <p>偵委會駁回投訴人 B 對其中一名醫生（「醫生丙」）的投訴，並決定跟進對其餘三名醫生（「醫生丁至己」）的投訴。</p> <p>律政司就醫生丁至己的控罪提供意見。</p> <p>醫委會向醫生丁至己發出具控罪的偵委會通知書。</p>                                                   |
|     | <b>2021 年 6 至 10 月</b>                                                                                                                                                                                              |
| (3) | <p>偵委會決定把個案轉呈研訊小組（「第一次轉呈研訊小組」）。</p>                                                                                                                                                                                 |
|     | <b>2021 年 10 月至 2022 年 10 月</b>                                                                                                                                                                                     |
| (4) | <p>經徵詢律政人員的意見後，醫委會向事涉醫生發出研訊通知書。</p> <p>投訴人 B、醫生丁至己的代表律師及律政人員就研訊交換文件。</p> <p>死囚裁判法庭（「死囚庭」）於 2022 年 9 月就投訴人 B 的家人的個案進行研訊，投訴人 B 同月將死囚研訊所得資料呈交醫委會。</p> <p>醫委會通知投訴人 B，鑑於她就個案提供了新資料，研訊小組決定把她的個案發回偵委會重新考慮（「第一次發回偵委會」）。</p> |

|     |                                                                                                                                                                                                             |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | <b>2022 年 10 月至 2023 年 3 月</b>                                                                                                                                                                              |
| (5) | <p>仙委會邀請專家提供補充意見。</p> <p>仙委會決定把個案轉呈研訊小組（「第二次轉呈研訊小組」）。</p>                                                                                                                                                   |
|     | <b>2023 年 3 月至 2025 年 4 月</b>                                                                                                                                                                               |
| (6) | <p>經徵詢律政人員的意見後，醫委會向醫生丁至己發出研訊通知書。</p> <p>仙委會階段的專家拒絕在研訊擔任證人，律政人員建議另請專家。基於上述原因，研訊小組主席批准事涉醫生押後研訊的申請。</p>                                                                                                        |
|     | <b>2025 年 5 至 9 月</b>                                                                                                                                                                                       |
| (7) | <p>新專家就個案提供意見。</p> <p>因應新專家的意見，研訊小組主席批准律政人員把個案發回仙委會的申請（「第二次發回仙委會」）。</p>                                                                                                                                     |
|     | <b>2025 年 10 至 12 月</b>                                                                                                                                                                                     |
| (8) | <p>醫委會書面聯絡投訴人 B 跟進該會 2023 年 4 月的信函。該會指，原定於 2025 年 7 月召開研訊，但由於仙委會階段的專家未能在研訊擔任專家證人，該會需另覓專家就事涉個案提供意見；經考慮新專家的報告，律政人員認為有新資料顯示不應進行研訊，並申請把個案發回仙委會重新考慮（「第二次發回仙委會」）。研訊小組主席接納該申請。</p> <p>仙委會考慮新專家的意見，該會會繼續討論事涉個案。</p> |

#### 4.5 相關人士向公署表示：

- (1) 投訴人 B 每次致電醫委會查詢個案進度，該會均只數天後回覆個案仍在處理中；
- (2) 其中一名事涉醫生已於死因研訊清楚承認其錯誤，難以理解醫委會何以仍遲遲未進行研訊；以及

- (3) 投訴人 B 不曾收到醫委會 2023 年 4 月的信函，在 2025 年 7 月前亦沒有收到醫委會通知她 2025 年 7 月的研訊日期（第 4.4 段，表 7，第(8)項）。

### 個案（三）

4.6 2018 年，投訴人 C 的家人在一宗醫療事故中離世。2019 年 1 月，投訴人 C 向醫委會投訴三名事涉醫生。相關主要事件經過見表 8。

表 8：醫委會處理投訴人 C 的個案的主要事件經過

|     |                                                                                                        |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | <b>2019 年 1 月至 2020 年 1 月</b>                                                                          |
| (1) | <p>偵委會主席就如何跟進事涉投訴作出指示。</p> <p>偵委會接獲投訴人 C 提供的法定聲明及補充資料，以及事涉醫院提供的醫療記錄。</p> <p>醫委會向事涉醫生發出不具控罪的偵委會通知書。</p> |
|     | <b>2020 年 1 月至 2022 年 7 月</b>                                                                          |
| (2) | <p>偵委會邀請兩名專家提供意見。</p> <p>律政司就事涉醫生的控罪提供意見。</p> <p>醫委會向事涉醫生發出具控罪的偵委會通知書。</p>                             |
|     | <b>2022 年 7 月至 2023 年 4 月</b>                                                                          |
| (3) | <p>偵委會考慮事涉醫生的代表律師的陳詞並邀請專家提供補充意見。</p> <p>偵委會決定把個案轉呈研訊小組。</p>                                            |
|     | <b>2023 年 4 月至 2024 年 6 月</b>                                                                          |
| (4) | <p>經徵詢律政司指派的律政人員的意見後，醫委會向事涉醫生發出研訊通知書。</p>                                                              |

## 表格 12

## 研訊的裁斷

於 2022 年 9 月 13 日, 2022 年 9 月 14 日, 2022 年 9 月 15 日, 2022 年 9 月 16 日, 2022 年 9 月 19 日, 2022 年 9 月 20 日, 2022 年 9 月 21 日, 2022 年 9 月 22 日 在香港 西九龍法院大樓 A 座八樓第十七庭 由本席，死因裁判官 何俊堯，\*~~[及下述陪審員]~~ 就 葉 [.....[不知名的人] 的死亡 ~~[關於一宗非活產個案]~~ 進行研訊。[該研訊曾押後至 年 月 日]

裁斷下述事項 —

1. 死者姓名（如已知）：葉
2. 導致死亡的傷害或疾病：\*\* 在繼發於羊水栓塞的瀰漫性血管內凝血未予糾正下，進行子宮切除術，導致腹腔大量出血
3. 受傷的時間、地點及情況：\*\*\* 2016 年 10 月 6 日，死者在伊利沙伯醫院進行陰道分娩後，出現羊水栓塞並繼發瀰漫性血管內凝血病。醫護人員在未有及時察覺及解決有關問題的情況下，替死者進行子宮切除術，結果導致死者腹腔大量出血，繼而死亡。
4. 陪審團 / 死因裁判官對該宗死亡個案的結論：† 死於不幸
5. 當其時根據《生死登記條例》（第 174 章）須就該宗死亡個案登記的詳情：

| (1)                       | (2)   | (3) | (4)       | (5)     | (6)     |
|---------------------------|-------|-----|-----------|---------|---------|
| 死亡的日期及地點                  | 死者的姓名 | 性別  | 已婚女性的婚前姓氏 | 出生日期及地點 | 職業及通常地址 |
| 2016 年 10 月 9 日<br>伊利沙伯醫院 | 葉     | 女性  | 葉         | 年 月 日   |         |

死因裁判官簽署

  
(何俊堯)

## 附 註

- \* 1. 視乎研訊是否有陪審團參與或是否其中一部分有陪審團參與而另一部分則沒有而根據實際需要對此作更改。
- \*\* 2. 如屬死於自然原因、職業病、出生時缺乏照顧、倚賴藥物或並非倚賴性的濫用藥物的情況，在此加上導致死亡的最直接原因及引致該最直接原因出現的病理狀況。
- \*\*\* 3. 如死亡原因是附註 2 所適用者，則無須填寫此項。

- † 4. (a) 如死亡原因是附註 2 所適用者，建議採用下述句式的其中一款 —

死者死於自然原因。

死者死於 .....的職業病。

死者死於倚賴藥物 / 非倚賴性的濫用藥物。

死者死於出生時缺乏照顧。

(又建議在上述的任何一款句式，可在適當時加上下述字句 —

“而死亡是由疏忽促成的” ) 。

- (b) 如屬謀殺、誤殺、殺嬰、危險駕駛或死於胎中的個案以外的其他個案，建議採用下述句式的其中一款 — (2000 年第 33 號第 5 條)

死者是[在精神紊亂時]殺死自己的。

死者是因企圖墮胎 / 自我引發的墮胎以致死亡的。

死者是因意外 / 不幸以致死亡的。

死者是遭合法地殺死的。

存疑裁決，即證據並沒有完全或進一步揭示死亡原因的由來。

- (c) 如屬謀殺、誤殺、殺嬰或危險駕駛的個案，建議採用下述句式 —

死者是不合法地被殺死的。(2000 年第 33 號第 5 條)

- (d) 如屬死於胎中的個案，填上“死於胎中”，而無須填寫表格的其餘部份。

死因裁判官的建議

致：醫管局/伊利沙伯醫院

- (1) 在所有產房增設能作出血栓彈力圖 (thromboelastogram) 分析的定點照護測試 (point-of-care) 設備，以能快速評估病人的凝血功能，從而及早作出應對措施；
- (2) 就婦產科制訂大量輸血方案 (massive transfusion protocol)，當中應包括有關不同專科之間的合作指引；
- (3) 在所有產房設立獨立、固定的手術室，以應付產科急症；
- (4) 加強產科急症的訓練，特別是針對臨床上批判性思考 (critical thinking) 的訓練，以及加強醫護人員對羊水栓塞的認識，包括其診斷及治療方法；
- (5) 制訂機制，確保醫護人員嚴格遵從產科臨床方案 (obstetrics clinical protocol)，特別是有關作出醫療紀錄的指引。



(何俊堯)  
死因裁判官



香港醫務委員會  
The Medical Council of Hong Kong

行公義  
Ensuring Justice

守專業  
Maintaining Professionalism

護社羣  
Protecting the Public

貴處檔號：  
Your Ref.  
本會檔號： MC 17/411  
Our Ref.

電話： 2243 3375  
Tel. No.

9 September 2026

Ms YIP ;

Dear Ms YIP,

I refer to your complaint against Dr CHEUNG Hoi Ching, Dr LEE Hui Ling Helena and Dr TSE Kai Yeung.

As background information, may I explain that the Medical Council of Hong Kong ("the Council") is empowered by law to deal with complaints against registered medical practitioners touching on matters of "professional misconduct". Any professional behaviour / practice falling short of the standards expected of a registered medical practitioner may be regarded as misconduct in a professional respect. This includes, but is not limited to, anything which will be reasonably regarded as disgraceful, unethical or dishonourable by his professional colleagues of good repute and competency. It is for the Council to judge whether a medical practitioner has fallen short of the standards expected amongst doctors in the given circumstances and whether the falling short of standards would amount to misconduct in a professional respect.

As stated in our previous correspondence with you, before the conduct of the scheduled inquiry, the former expert of the Secretary indicated that he could no longer serve as the expert witness in the inquiry. As a result, the Secretary had to invite a new expert to offer expert opinions on this case. After reviewing the new expert report, it was considered that there was further information produced suggesting that an inquiry should not be held. An application was made to refer the case back to the Preliminary Investigation Committee ("PIC") for further consideration under section 15(1) of the Medical Practitioners (Registration and Disciplinary Procedure) Regulation, Cap. 161E, Laws of Hong Kong. The application for referral back to the PIC was approved by the Chairperson of the Inquiry Panel of the Council.

Against the above background, the case was further considered by the PIC. Having carefully considered all the information presented, including your complaint letter, relevant medical records of the patient, written explanations of the solicitors on behalf of Dr CHEUNG, Dr LEE and Dr TSE, additional information submitted by you and the opinions from experts assisted the PIC ("the Experts"), the PIC noted that:

- (i) The Experts indicated that this was a very complicated case of maternal death with atypical presentations. The direct cause of the patient's death, as stated in the Autopsy report, was disseminated intravascular coagulation, with postpartum haemorrhage due to uterine atony serving as the intervening antecedent cause. Retained placental fragments in the uterus and pre-eclampsia were other significant conditions contributing to the death but not related to the disease or condition causing it. Retained placental fragments is a known risk factor for uterine atony, while pre-eclampsia is a known risk factor for disseminated intravascular coagulation.
- (ii) A 5x5x2cm placental tissue was missed in the examination of the placental after controlled cord traction for delivery performed by Dr TSE, as confirmed in the histopathological examination of the placenta and the hysterectomy specimen. The experts pointed out that naked eye examinations of the placenta, which is an acceptable method of examination following delivery, have limited accuracy particularly when blood and blood clots are present after delivery. The defect was at the placental edge in the lower uterine segment. This sort of retained placental tissue is notoriously difficult to be detected by ultrasound, which was performed twice in this case, due to the masking effect of intrauterine blood clots after delivery.
- (iii) The Experts considered that under the circumstances at the material time, a reasonable doctor may miss the part of the placenta retained inside the uterine cavity during inspection. It should be noted that, according to the medical records, Dr TSE performed a controlled cord traction to deliver the placenta and the placenta was checked to be complete at that time. The experts also highlighted that retained placental issue is a known complication after deliveries, mainly vaginal deliveries. The incidence of retained placenta varies from 2.6% to 6.4% among all cases with primary postpartum haemorrhage in Obstetrics Units under the Hospital Authority from 2015 to 2024.
- (iv) The Experts concluded that Dr CHEUNG, Dr LEE and Dr TSE had provided reasonable level of medical care in the management of the patient and that the team had done what they could do to salvage the patient. Unfortunately, the clinical presentation was not straight forward and the deterioration of the patient's condition was unexpectedly rapid.

After deliberation, the PIC accepted the opinions of the experts and considered that there was insufficient evidence to show a reasonable prospect of Dr CHEUNG, Dr LEE and Dr TSE being found guilty of misconduct in a professional respect. It was decided that the case should not be pursued further and no inquiry was to be held.

I have been directed to advise you that the Council's action had been concluded. The Council's decision however does not preclude you from pursuing other remedies that you may have.

Thank you for bringing the matter to our attention.

Yours sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Joe Cheung', written over a horizontal line.

( Joe CHEUNG )  
for Secretary

The Medical Council of Hong Kong