**表格2a：住院病房的管理； 如何在COVID-19疫情期间最大程度地降低精神科患者住院风险。**

**检索信息:** Public Health England, Royal College of Psychiatrists (RCPsych), Royal College of Nursing (RCN), The National Association of Intensive Care and Low Secure Units (NAPICU), NICE, RCPsych with British Geriatric Society and European Delirium Association, Royal College of Physicians, Healthcare Improvement Scotland, Prof D Taylor (Director of Pharmacy), SLAM NHS Trust, CDC (Centers for Disease Control and Prevention), US Department of Labor, American Psychiatric Association, Massachusetts General Hospital Psychiatry, WHO, IASC (Inter Agency Standing Committee), UNICEF, WPA, Singapore Ministry of Health, Singapore Psychiatric Association, Singapore Medical Association, Health Canada (Government department), Canadian Psychiatric Association, Australian Government Department of Health, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, National Hospice and Palliative Care Organisation, USA, Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland, Hospice UK, Marie Curie, European Association for Palliative Care, Palliative Care Australia, **Scottish Government**.

**表格2a和2b使用的信息来源:** Public Health England, RCPsych, Royal College of Nursing (RCN), The National Association of Intensive Care and Low Secure Units (NAPICU), NICE, RCPsych with British Geriatric Society and European Delirium Association, Health Improvement Scotland, SLAM NHS Trust, WHO, Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland, **Scottish Government**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 临床问题  | 指南 | 作者参考文献/网址获取更多信息 |
| 如何在住院病房中管理可能感染COVID-19的患者？ | * **最常见的症状是发烧和持续性干咳。大多数人会出现轻度到中度的症状，**只有少数人会出现需要医治的症状。
* 病房的感染防护应该效仿社区在防止感染扩大和感染控制中所采取的措施。
* **病区也应该实行社交安全距离的原则。**即尽可能减少密切接触和尽可能保持社交距离**（建议2米）。**
* 应将保持社交距离的建议明确告知患者和医护人员。
*
 | RCPsych and RCN<https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/mental-health/covid-19-guidance>).<https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/community-and-inpatient-services-covid-19-guidance-for-clinicians>(inpatient services, what about infections on the ward?)For assessment/diagnosis of suspected cases use <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/secondary-care/assessment-diagnosis/> |
| 如何隔离疑似/确诊病例？ | * **一般建议**
* 尽管我们不能将精神科病房变成完全隔离的病房，但有必要**采取适当的措施隔离轻症患者。**
* 如果7天后患者症状仍无缓解甚至病情恶化，**则需要对其所在病房的安全性进行评估。**
* 每个地方都需要就严重病例的管理制定**地方协议**，其中包括转运到综合医疗环境。在这种情况下，精神科医疗团队应向普通的医护同事**提供支持和建议**，并继续监控患者的病情进展，以便在他们病情好转时将他们送回病房。
* **对所有住院患者**
* 应鼓励**配备卫生间的单人病房**的患者尽可能留在自己的房间里。尽管这与病房的日常管理背道而驰，但我们仍建议医护人员和患者一起寻找新的方法来适应。如可放宽携带移动电话的限制，允许患者在自己的房间吃饭、打电话或看电视。
* **对于无卫生间或淋浴设施的单人病房**需要提前做好个人卫生管理计划。这不仅可能涉及到对使用便器、浴缸和淋浴间的管理计划，还应考虑到对设备的日常清洁和监管。所有计划都应该与患者明确沟通。
* **多人病房区域**应针对感染控制制定具体的管理计划，如果这些区域的患者出现症状，则需要将他们转移到专用区域，当地医疗机构应为此制定临时计划。
* **当患者出现COVID-19症状时**
* 他们应**在当地疾控指南指导下在一个专用房间进行隔离，**如果由于某些原因无法做到这一点，应视为紧急情况立即上报。
* 如果有任何患者出现症状并被隔离在病房内，**应尽快通知家属和医护人员。**在出现症状前7天接触过患者的任何人都应被告知需根据当前国家指南进行自我隔离。

**医院指南**• 根据英国公共卫生署（PE）发布的自我隔离指南，感染COVID-19的患者需要安排单人间住宿并带有独立卫浴室。这要求我们以一种灵活的方式进行协调。这可能涉及到多个医院之间的协调，也需要相关独立医疗中心在医院合作和地理布局方面发挥作用。• 医院应该考虑* 如何通过与独立医疗中心合作来为COVID-19患者提供额外的单人间住宿(独立医疗中心可能提供更多的单人间住宿)。
* 是否考虑调整成人病房安全区内的任何可用场地，以容纳有意愿的患者。

• 因此，医院应当：* **分析和绘制**当前住院患者的分布图。
* **明确关键空缺、风险和压力。**
* 与当地其他住院医生合作制定多项应急计划以应对可能出现的情况。
* 考虑是否可以在当前阶段暂时保留原计划关闭的床位，例如通过医院合作的方式重新配置使用。
* (在疫情期间，考虑将临床领域（包括临床科研领域）服务于具有更迫切需要的专科)。
 | RCPsych and RCN<https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/mental-health/covid-19-guidance>).<https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/community-and-inpatient-services-covid-19-guidance-for-clinicians>(inpatient services, what about infections on the ward?) |
| 如何应对探视/探视人员？ | 住院病房应遵循当地指南和英国国家医疗服务体系（NHS）探视人员指南**精神科住院患者病房的一般指南：**我们应该限制探视，而考虑其他保持联系的方式，如打电话。* 探视人员必须是直系亲属或护理人员。
* 如果出现以下情况，不应访问住院部、诊断中心和门诊部等健康护理机构：
* **身体不适**，特别是高热或新发的持续性咳嗽。
* 因服药而易感、慢性疾病或70岁以上高龄。
* 每个患者一次只能接受一位来访者探视，除非：
* 患者正在接受临终关怀
* 住院部和门诊的探视人员必须要有人员陪同，探视人员不应在病房或公共区域停留。
* **对12岁以下儿童**的探望必须得到病房医生的许可。
* 医院和其他医疗机构应规定每天一小时的探视时间和限制探视时长。

**儿童及青少年组/母亲及婴儿组：**对儿科和新生儿的规定略有不同，允许两名来访者，其中可以包括一名12岁以下的儿童。可以由儿科机构自行决定探访时间。 | NHS England: [*visitor guidance as issued by NHS England*](https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/visitor-guidance-16-march-2020.pdf) RCPsych and RCN<https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/mental-health/covid-19-guidance>).<https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/community-and-inpatient-services-covid-19-guidance-for-clinicians>(inpatient, how should we deal with visiting/visitors?) |
| 如何在病房里保持社区防疫意识? | **一般建议*** 目前我们不能指望“一切照旧”。 每个病房都必须寻求一种方法将人身安全和感染控制放在第一位。作为公共区内的服务解决此问题的关键是要有较强的**凝聚力、适应力和有效的沟通。**

**活动的建议** * **所有使人们可能密切接触的活动都应完全停止或适当调整以符合国家的指南。**会诊，查房，用餐时间和探视时间都应加以评估，以便尽可能减少接触。
* 但是，取消所有病房活动可能适得其反。受到限制的人会变得无聊和焦虑，需要适当减轻限制程度或采取其他限制措施。
* 病房应考虑调整公共活动，包括缩短时间、减少不必要的出勤和增加个人空间。正念/放松小组、舞蹈/运动、唱歌和一对一心理治等活动都可以在保持两米距离的情况下进行。这类活动将有助于保持患者和医护人员的积极心态，并增强病房的凝聚力。
* 每个病房社区都应该通过公告栏、书面沟通、小组或个人会议甚至病房内的文字信息，努力确保医护人员和患者之间的良好沟通。如前所述，只要避免肢体接触并保持适当的距离，会议仍然可以进行。国家最新的指南应提供给所有人，并鼓励整个病房随时了解疫情动态。医护人员更应清楚了解和遵守指南规则。
* 患者是病房内的一部分，应尽可能地协助重建病房和参与到日常活动中。大部分人有能力也应该给他们需要了解的信息和参与的决策提出建议。
* 就目前的形势，预计会出现高度的焦虑。优秀的心理卫生医护人员应在管理自己和他人的焦虑方面非常熟练。重要的是要对自己的能力保持信心，并且相互支持。团队的凝聚力仍然是医护人员开展医疗工作的基石。
 | RCPsych and RCN<https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/mental-health/covid-19-guidance>).<https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/community-and-inpatient-services-covid-19-guidance-for-clinicians>(inpatient services, how should we keep the ward community together?) |
| 如何进行常规医疗？ | 在目前的情况下，相对于维护患者的身体健康，提供专业服务（例如职业治疗、心理治疗或药物治疗）是次要的。然而，考虑到病房的性质，患者仍然需要基本的心理健康护理。* 医疗的基本原则应该是根据每个患者的自身需求提供最低限度的医疗服务。
* 对许多患者来说，这意味着他们将得到公众相同的信息，并得益于所给的建议。我们所讨论的大部分内容，即沟通和网络干预都是为了调节大众心理健康。我们不能使患者免受目前社会环境所引起的焦虑，但我们可以尽可能地使他们参与到对现状的规划和管理中来。
* 正在进行心理干预的患者需要进行重新评估（其中应包括任何正在进行的一对一心理治疗）。再次强调，病房应根据资源情况，考虑通过电话或视频进行医疗会议。
* 如果患者出现COVID-19症状，应优先考虑他们的身体健康情况。这可能需要推迟其它任何治疗，并根据药房的建议重新调整用药。当患者处于隔离状态时，应尽可能通过电话继续维持治疗。
* 尽管难以对个体治疗中的每个并发症都给出建议，但应在多学科会诊的帮助下处理已出现的问题。每个患者每周至少要做一次多学科会诊复查。如果患者出现症状，则应该每天对其进行检查。
* 在目前的情况下，医护人员和来访者不能陪护患者吸烟或所谓的“呼吸新鲜空气”。这需要与患者进行沟通，并以书面信息的方式进行记录。由于COVID-19会侵袭肺部，因此应鼓励吸烟的患者在这个时候优先戒烟。
 | RCPsych and RCN<https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/mental-health/covid-19-guidance>).<https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/community-and-inpatient-services-covid-19-guidance-for-clinicians>(inpatient services, what about routine mental healthcare?) |
| 关于住院病人外出活动 | **一般建议：*** 根据政府的最新要求决定是否外出活动，并评估每位患者外出对康复的益处和风险。
* 无论患者离开病房时是否有人陪护，都需要对患者是否有感染暴露进行额外的风险评估。
* 在条件允许的情况下，应尽可能保留外出活动，如果条件不允许，则应该与患者进行明确的沟通，包括回访。

**第17章 外出活动：*** 全程陪护的外出活动安排**根据医院的位置及当地的风险评估而定**。全程陪护的外出活动应以个人为单位，并须遵守保持社交距离的指南，即医护人员每次只能陪护一名患者并保持两米的距离。部分医院为了减少社交活动但又能使患者离开病房呼吸到新鲜空气，把外出活动时间限制在30分钟以内。
* 根据国家指导，每个地区应建立**地方伦理委员会**，以考虑用于管理COVID-19感染风险（包括限制告假离院）的任何限制性干预措施。
* 告假离院程序需与政府的建议一致，以**达到风险和获益的平衡**，同时需考虑到精神科住院部运转的固有问题。
* 告假离院的时间（包括第17章）应**与政府发布的国家指南一致**，并且应允许每天更新。
* 应**认真解释并执行**有陪同和无陪同告假离院返回的程序。
* 在告假离院时（有陪同或无陪同），必须保持**社交距离，必须明确可以去的地点和不建议去的地点**（例如避免拥挤的地方）。
* **疫情期间应尽量避免这些地方**：综合医院的咖啡店、食堂等，这些地方通常可以为住院患者提供服务。
* 如有疑问，应咨询地方伦理委员会。
 | RCPsych and RCN<https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/mental-health/covid-19-guidance>).<https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/community-and-inpatient-services-covid-19-guidance-for-clinicians>(inpatient services, patient leave)<https://napicu.org.uk/wp-content/uploads/2020/04/NAPICU-Guidance_rev3_10_Apr.pdf> (page 1)<https://napicu.org.uk/wp-content/uploads/2020/04/NAPICU-Guidance_rev3_10_Apr.pdf>(page 4) |
| 在管理可能是COVID-19阳性的患者时，是否需要特殊考虑？ | **一般措施**：* 许多患者和医务人员也可能担心COVID-19； 这样的焦虑情绪很容易互相影响，**疫情期间工作应当谨慎，适当调节，以免加剧原本已严重的局势**。
* 武汉和英国医院的经验表明，许多**精神科住院患者可能往往与外界信息相对隔离**。
* 这可能需要**工作人员做出努力，以传达需要采取行动的严重情况的相关信息**，同时又不会引起恐慌或沮丧，以免导致医患合作和参与方面产生进一步的问题。
* 入院时，**最好在入院前**，应询问患者或与之同住的人是否患有COVID-19，发热或近期出现的持续性咳嗽，同时应该**监测患者的体温**。
* 患者应参与有关COVID-19感染风险的**讨论和信息共享**，应该指出的可能性是，明确有感染风险的患者也可能需要隔离。
* 有关此项**评估的正式讨论**应记录在患者的病历资料中。
* **应明确存在感染风险患者的接触密切的地点，并与患者商量**；应提供有关隔离程序的简要说明，以便在需要这些程序时尽可能实现合作或尽量减少困难。这是一个类似于 “预先声明”的过程。
* 需要包含一个**信息清单**，该清单概述需主要问题，包括可能需要的个人防护物资。
* 可能还包括**其他感染防控措施**，如根据国家和地区感染防控方案，提供个人的饮食餐具。
* 住院病房内的**活动**有助于最大程度地减少影响并改善医患合作，这将有助于感染控制。
* 感染防控措施应与国家和地方指南一致。
* 随着单位外区域的设施使用减少，提供**住院病房的设施**资源的需求应与其他优先事项同等处理。
* 使用那些可以清洁和消毒的物品、材料或工具，以及那些一次使用后可以扔掉的物品。
* 基于小组治疗的干预措施应在足够大的区域(如经常打扫的足够大的房间或室外)，以满足社交距离的要求。
* 对于自我隔离的患者，提供可以在他们的卧室里完成的每个人都能够完成运动建议。

**二级措施：*** 应该有一种明确的**方法用于识别感染者或具有传染性的患者**，这应基于可靠的症状检查表和COVID-19检测。
* 这种**系统性的方法**可以避免患者接受不必要的检查操作和处理，导致医疗资源的浪费。
* 方法包括**日常规律的体温检监测**、询问或观察患者是否有咳嗽症状的出现，只要符合条件，就应该进行相应的**检测**。
* 建议按照当地指南的定义**识别“高风险”或易感患者**，以进行分级管理健康状况和指导实施健康管理策略。
* 如果确定感染风险（对他人或高危人群有感染风险），则应**制定具体的干预和护理方案**，并考虑与患者相关的特定心理和行为症状。
* 纳入分级响应机制（请参阅相关链接）。
* 对于通常能够遵循指导和合作的患者，应在当地规定的地点进行救治。
* 对于被隔离的患者，**应该对患者的所允许携带的物品进行评估**，以改善隔离期间的合作和体验，减少影响治疗的可能性。
* 需要**重新评估**所在单位通常关注或限制的患者允许携带的物品种类。
* 应该将有助于有意义地打发时间的物品**分配给患者使用**，并且在符合感染控制建议的清洁或处置之前，不得重新引入一般区域使用。
* 任何在使用后可以丢弃的物品都应在感染控制建议内进行**舍弃**。
* 支持隔离的护理计划应包括与已知的COVID-19病程或其他原因相关的任何身体恶化的识别和处理。应遵循新冠肺炎确诊/疑似病例的身体健康管理的政策。

根据NICE指南，首先尝试非药物学方法进行治疗。但是，如果需要药物治疗：**急性精神症状时药物的使用：*** 遵循Trust，NICE或BAP NAPICU联合指导（https://doi.org/10.20299/jpi.2018.008），但还要考虑一些**已知的COVID-19和其他感染的特定禁忌症和副作用**。但是，**患者当前的身体健康**是选择的关键因素。
* 如果怀疑或诊断为COVID-19的患者出现严重的精神症状，并且没有呼吸功能受损（呼吸频率降低或增加），心血管疾病或意识水平降低的迹象； 则**可以谨慎使用药物**，因为尚不清楚COVID-19的全部影响。
* 考虑使用**短效药物**，因为感染COVID-19的患者身体健康状况可能会迅速恶化。确保用于急性疾病的药物是有效剂量，因为无效剂量可能会增加额外注射的需求。
* **口服药物作为首选**。 肠胃外用药也更可能引起剂量相关的副作用，例如呼吸抑制，体位下降，QTc延长和锥体束外副作用（EPS）。
* **已知COVID-19可影响患者的呼吸功能**。 精神药物，尤其是苯二氮卓类药物，可引起呼吸抑制。当患者患有急性肺功能不全时，不应使用苯二氮卓类药物。
* **由于劳拉西泮的半衰期较短**，因此是首选的苯二氮卓类。同时注射奥氮平和苯二氮卓类药物可能会导致过度的镇静作用和心肺抑制作用，因此必须至少间隔一个小时。如果给予苯二氮卓类药物，请确保可**立即使用氟马西尼**。
* 如**果有心血管疾病的患者**，包括延长的QTc间隔或没有最近的心电图（ECG），请避免肌注氟哌啶醇与肌注异丙嗪联用。 考虑肌注奥氮平或肌注劳拉西泮。
* **有癫痫病史的高热患者**可能会因某些药物改变其癫痫发作阈值。如出现这种情况应邀请神经内科医师会诊。
* **所有抗精神病药均可引起抗精神病药物恶性综合症（NMS）**。 如果发生NMS，请立即停用可能导致潜在疾病的抗精神病药和其他药物，监测和治疗症状，并治疗其他伴随的症状。
* 患有急性呼吸窘迫或活动性气道疾病且当前使用药物治疗气道疾病的患者**禁忌吸入洛沙平**。
* 当进行口服或肠胃外快速镇静时，**应进行监测**，尤其是呼吸频率和意识水平监测。

物理干预需要小心。关于防护服的使用可以参考英国国家指南National Guidance for PPE in Public Health England (2020)(<https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/879107/T1_poster_Recommended_PPE_for_healthcare_workers_by_secondary_care_clinical_context.pdf>)当某些情况下限制措施和物理治疗需要的情况下，人员、方法和防护服的建议参考<https://napicu.org.uk/wp-content/uploads/2020/04/NAPICU-Guidance_rev3_10_Apr.pdf>, pages 13-17。 | NAPICU, Page 3 <https://napicu.org.uk/wp-content/uploads/2020/04/NAPICU-Guidance_rev3_10_Apr.pdf>NAPICU, Page 5 <https://napicu.org.uk/wp-content/uploads/2020/04/NAPICU-Guidance_rev3_10_Apr.pdf>NAPICU, Page 5-6 <https://napicu.org.uk/wp-content/uploads/2020/04/NAPICU-Guidance_rev3_10_Apr.pdf>NAPICU, Page 11-12 <https://napicu.org.uk/wp-content/uploads/2020/04/NAPICU-Guidance_rev3_10_Apr.pdf> |
| 是否有法律/道德因素需要注意？ | 下列指南的具体内容适用于**英格兰和威尔士**(如有需要，请参阅其他国家的具体指南):* 在任何可能的地方都必须采用**限制性最小**的选择，并且不能完全消除感染的风险。
* 一定程度的风险是不可避免的。 将要求由国家推荐的**道德委员会**谨慎对待风险与使用限制性干预措施之间的平衡。
* 根据英国指导，每个提供者应建立地方道德委员会，以考虑用于管理COVID-19感染风险的任何限制性干预措施。 如果对任何隔离问题有疑问，请咨询当地道德委员会。
* 《Mental Health Act Code of Practice》（MHA CoP）第26章规定了限制性干预措施的使用（<https://www.gov.uk/government/publications/code-of-practice-mental-health-act-1983>）。
* 尽可能遵守MHA CoP。只有在有充分理由的情况下，才应违背MHA CoP的规则。
 | NAPICU, Page 6 <https://napicu.org.uk/wp-content/uploads/2020/04/NAPICU-Guidance_rev3_10_Apr.pdf> |
| 如果床位不够怎么办？ | * 医疗能力可能会受到疫情的影响，在某些情况下，**这可能导致需要进行其他区域安置**：例如，通过使用额外的独立的场地。
* **应该继续努力照顾病房内的所有人**。但是，建议仍然是，患者的安全至高无上，并且当严重不适的患者需要住院时，应将患者送入独立场地的床位直到可以进行护理，这比拒绝收治患者要安全得多。

MHA CoP 2015的适用应在**The Coronavirus Act 2020的背景下加以实施**(http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2020/7/contents/enacted/data.htm) 特别是附表21详述“与可能具传染性人士有关的权力”。附表8包括对MHA的临时修改。详情见<https://www.gov.uk/government/publications/coronavirus-bill-what-it-will-do/what-the-coronavirus-bill-will-do>相关出版物(第7-8页)和相关法律咨询说明详细说明了**COVID-19感染风险可能导致退出MHA CoP 2015的有力理由的潜在领域**(<https://napicu.org.uk/wp-content/uploads/2020/03/Advice-Note-revised-v2-c-1.pdf>).**当一个人缺乏做出特定决定的心智能力时使用The Mental Capacity Act (MCA)**，例如对于COVID-19的患者，不理解使用氧气疗法来帮助呼吸的必要性。**医护人员**可以代表病人做出最有利的决定(除非有健康和律师或法院指定的代理人可以联系他们做出决定)。**在紧急情况下**，除非事先有合理的相反决定，否则应首先处理。**一定程度的限制或约束**，不是指“自由的剥夺”，**而是在允许MCA保护个体情况下，也保护他人**（例如，如果病人不理解需要隔离保护，公共卫生法律(**The Coronavirus Act 2020**)将起效和被记录在病人的病历中） | <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/Managing-demand-and-capacity-across-MH-LDA-services_25-March-final.pdf>Page 8 |
| 是否应该分区域收治患者？ | **应该考虑以下几方面：*** 是否可以**重新规划**住院场所以创建“区域”病房，**以减少交叉感染，特别是特定的弱势群体之间传染的风险**（这些疾病包括年老体弱的成年人，BMI为40岁以上的患者，孕妇，饮食失调的患者以及身体虚弱的患者等）。
* 在这些区域病房中加强管理以支持感染控制，例如不允许访客进入。
* 病房是否能够使用**便携设备**；例如，可以将某些便携设备转移至病房，防止患者在各个病区之间移动。
* 是否**可以放宽对病房类型的常规限制**：例如，病房类型是基于年龄，性别或诊断组的情况而定。讲决策和伦理考量记录在案。
* 可能需要加强心理护理以减轻隔离的影响，并使用互联网保持与外界的联系。

例如，需要制定详细的计划，并考虑如何在保持患者，员工和公众的安全性的同时，最好地对患者进行分组。这可能包括**确诊患者和疑似患者的特定隔离病房**，并且能够方便、及时地获得充足的**个人防护装备**。必须考虑COVID-19患者的所有住院情况：* 确定可以最有效地隔离和照顾需要**紧急入院**的COVID-19患者的区域（例如，单人病房，急诊所需要的病房）。
* **根据实际情况**解决无法遵循有关隔离建议的患者。
* 工作人员应接受有关生命体征和病情恶化的**进修培训**，因此，应该了解转院到急救病房的指征。
 | <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/Managing-demand-and-capacity-across-MH-LDA-services_25-March-final.pdf>(Page 7-9)Public Health England <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/Managing-demand-and-capacity-across-MH-LDA-services_25-March-final.pdf>(Page 18)Public Health England<https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/20200317-NHS-COVID-letter-FINAL.pdf>Next steps on NHS response to COVID-19: Letter from Sir Simon Stevens and Amanda Pritchard 17 March 2020 (page 4). |
| 是否有对老年患者的特别建议？ | 疑似或确诊感染的老年患者及其亲属可能会发现自己处于重症监护环境中和医护人员的预防措施中，**从而变得极度焦虑、易怒**。 考虑可以采取措施来减少医疗环境的变化并使其更加熟悉，并在可能的情况下减少检查数量。让医护理人员了解解决不良行为的非药物治疗方法。老年患者**谵妄的风险会增加**。医护人员应尽早考虑**降低谵妄风险**的策略（营养，碳水化合物，便秘和疼痛等）。* 检查床位上患者的医嘱。
* 确保有**氧气瓶**，并确医护人员相关的知识和技能更新。
* 检查**护理计划、更新的授权书**等。
 | RCPsych<https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/community-and-inpatient-services-covid-19-guidance-for-clinicians>(inpatient services, Older people) |
| 在疑似/确诊的COVID-19感染患者中，该处理谵妄？ | **一般建议：**谵妄在COVID-19中很重要，因为（1）谵妄可能是出现在期间的症状；（2）谵妄中常见的行为改变，特别是躁动，可能会增加医治过程中交叉感染的风险。**具体建议**（详细信息见右侧网址）：* 加强对谵妄高危人群的**筛查**，并使用**常规量表**（例如4项谵妄快速诊断）定期评估谵妄；
* 通过**避免或减少**已知的危险因素来降低风险，例如：避免便秘，治疗疼痛，尿路感染，引起谵妄的药物。
* 对于行为紊乱，**寻找并治疗直接原因**（例如，疼痛，尿路感染，便秘等）。如果无效或需要较快的控制症状，则有必要**比通常考虑的更早进行药理治疗**。在这种情况下，建议使用SIGN指南，但在更紧急的情况下，请参考NICE指南。
* 如果使用NICE快速镇静干预措施进行治疗，请至少**每小时监测一次副作用、生命体征、血糖和意识**，直到没有进一步的担忧为止。注意在呼吸抑制中使用苯二氮卓类药物。 在老年患者中，氟哌啶醇的最大剂量为5mg/24h。 指南建议采取更为保守的方法，一开始应在24小时内最多服用2mg。 如果需要更高剂量，请寻求专家意见。
* 对于老年患者，尤其是**帕金森氏病或路易体痴呆的患者**，应格外谨慎，尤其是某些药物（例如抗精神病药）
* 谵妄可能导致医护人员，家属和患者痛苦。参考英国当地可用资源或使用以下手册提供信息：https://www.sign.ac.uk/pat157-delirium
 | RCPsych with British Geriatric Society and European Delirium Association (25/03/20)<https://www.bgs.org.uk/resources/coronavirus-managing-delirium-in-confirmed-and-suspected-cases>[www.the4AT.com](http://www.the4AT.com)<https://www.sign.ac.uk/pat157-delirium><https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-pdf-1837264712389> |
| 对于住院病人，我们还应该考虑其他的干预措施吗? | 考虑对住院病人和门诊病人**补充维生素D**。到目前为止，还没有这方面的指导意见，但这一建议是根据以下证据提出的:* 补充维生素D可以增强免疫系统的功能，降低呼吸道感染的风险。
* 对严重缺乏维生素D的人影响最大。
* 高水平的维生素D可以降低呼吸道感染的严重程度。
* 精神病患者缺乏维生素D的风险很高。
* 与同龄人相比，首发精神病的人患维生素D缺乏症的可能性增加三倍。
* 患有严重精神疾病的人有较高的心血管疾病、糖尿病和代谢综合征的发病率，这些因素与COVID-19较差的预后有关。
* 另外，值得注意的是，苏格兰政府的建议是，每个人(包括儿童、孕妇和哺乳期妇女)都应该考虑在禁止外出期间每天服用含有10微克维生素D的补充剂(https://www.gov.scot/publications/vitaming-advfor -all-age-groups/)。

获取更多信息，请参考：Martineau et al. 2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5310969/>, Gruber-Bzura 2018 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6121423/>, Lally et al. 2019 https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0920996418305036. | <https://www.gov.scot/publications/vitamin-d-advice-for-all-age-groups/> |

**表格2B：住院病房的管理；在COVID-19疫情期间的临终关怀。**

**（请注意，此建议是针对临床医生的。它描述了可能使普通读者感到困扰和不适）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 该如何最好地控制病房中可疑/确诊的COVID-19阳性患者的临终护理？ | 一般而言，对COVID-19患者的身体症状的治疗可针对以下方面:* 支持性措施—例如，提供输液和/或氧气。
* 有针对性的治疗—例如，提供抗生素治疗肺炎。
* 器官支持治疗—例如，呼吸机支持，肾脏替代治疗等。

这些措施的的目的是保护和延长生命。需要注意的事，大多数患有COVID-19的人都会活下来并康复。然而，如果存在**急性恶化或心脏骤停的风险，则应及早发现**。应采取适当措施防止心脏骤停和避免无保护状态下的CPR。**对于“不尝试心肺复苏”和/或其他类似决定是适当的患者，应及早识别。**如果CPR是适当的和需要的，**遵循COVID-19环境下的复苏程序的具体指导意见**(https://www.org.uk/\_resources/assets/attachment/full/0/36100.pdf)。对于那些因COVID-19而死亡的患者和/或那些不希望接受积极或侵入性治疗的患者来说，**在生命结束时转向高质量、富有同情心的姑息治疗同样重要**。在下列情况下，可考虑转诊到专科姑息治疗:* 该患者**已经同意进行专业的姑息治疗**。
* **各种专业治疗均无效的患者**。
* **症状复杂**需要各科专家的会诊。
* 在病情恶化或预后不确定的情况下，**决定不升级治疗**。
* **其他复杂的情况**，例如，存在年幼的儿童或其他依赖患者的家属。

对COVID-19最常见症状进行处理:* 呼吸困难
* 咳嗽
* 发烧
* 谵妄

根据PHE指南其他症状的处理，包括疼痛，应根据各地的指南和政策进行治疗。一些用于症状管理的药物策略在精神卫生病房难以实现(例如，通过注射器程序驱动进行皮下注射)。考虑其他给药途径或药物治疗方案(见<https://clinox.info/oning/bing/covid/community%20eolc%20%20management%20during%20covid%2019%20final.pdf?UID=9231343482020422111441>，例如牛津大学医院健康NHS基金会的指导)。**以下摘要摘自英国和爱尔兰的姑息医学协会（22/03/20，第19-20页）**脚注1包含了来自WHO指南（24/03/20）的信息。**摘要:****总体建议:*** 必须始终保持感染控制程序，以**最大程度地考虑和注意其他患者、家属和医护人员的安全**。
* 联系**医务处或相关的丧葬机构**寻求更多的支持。
* 应填写**清晰完整的文件手续**。
* 与医务同事、死者的家人和其他重要的相关人员进行**坦承有效的沟通**。
* 充分考虑死者及其家人/他重要的相关人员的**情感/精神/宗教的需要**。
* 考虑使用SWAN护理模型（<https://www.pat.nhs.uk/patients-and-visitors/swan-model-of-care.htm>）。

**临死前:*** **有关治疗升级**的决定应视具体情况而定。
* **对相关的道德进行考量**（例如，[**https://www.bma.org.uk/news/2016/january/end-of-life-essentials-a-question-of-ethics**](https://www.bma.org.uk/news/2016/january/end-of-life-essentials-a-question-of-ethics)）以及**患者和家属的意愿**。
* 考虑适当的控制症状的药物治疗（有关资源，请参阅[**https://elearning.rcgp.org.uk/mod/page/view.php?id=10389**](https://elearning.rcgp.org.uk/mod/page/view.php?id=10389)）。
* 如果患者即将去世，并且家人希望与亲人待在一起，医护人员必须告知他们**应该穿戴全套个人防护装备**。

**去世后：*** **第一时间通知和帮助死者家属和近亲。**
* **经过适当培训的医护人员应穿戴个人防护装备进行死亡确认过程**并保持感染控制措施。
* **医生应尽快完成死亡原因医学证明。**
* 如果要对死者进行火化，**由于感染COVID-19的风险，医生将无法亲眼看到死者。**
* 如果近亲或可能的举报人正在遵循自我隔离程序，**则应安排未与患者接触的替代者来收集死亡原因医学证明**并出席以提供相关信息。
* 应当将死者的进行打包，装在密封的口袋里（有条件可进行消毒），**死者的家属不能在7天内将遗物袋打开**。
* **患者去世后也应穿戴完整的个人防护装备进行身体护理。**
* 将刚刚去世的患者使用医院的手推车转运到太平间可能足以从肺中排出少量空气，从而带来一些风险，**应使用裹尸袋转移，并在该过程中使用完整的防护服**。
* **裹尸袋离开太平间区域之前，应立即对裹尸袋的外表面进行消毒**；这可能需要至少2个人穿着完整的防护服。
* **病房中的注册护士应完整填写死亡通知表**，包括已感染COVID-19的详细信息与死者ID信息一起套在裹尸袋的拉链袋上。
* **死者的财产应按照相关政策由使用全套防护服的工作人员谨慎处理**，可以安全擦拭的物品（例如珠宝）应使用消毒液清洁。
* **衣物，毯子等最好直接丢弃**。如果死者家属必须将其带回家中，则应将其装袋并绑紧，并告知危险性。
* 对于已正确清洁/装袋的财产，仍应使用**包装袋**包装。
* 与其他任何活动性的全身病毒感染一样，**不能捐献器官/组织**。
 | <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/C0081-Speciality-guide-Palliative-care-and-coronavirus-FINAL-02.04.20.pdf><https://www.resus.org.uk/media/statements/resuscitation-council-uk-statements-on-covid-19-coronavirus-cpr-and-resuscitation/covid-healthcare/><https://www.resus.org.uk/_resources/assets/attachment/full/0/36100.pdf><https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/C0081-Speciality-guide-Palliative-care-and-coronavirus-FINAL-02.04.20.pdf><https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/C0081-Speciality-guide-Palliative-care-and-coronavirus-FINAL-02.04.20.pdf><https://apmonline.org/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-and-Palliative-End-of-Life-and-Bereavement-Care-22-March-2020.pdf> |

脚注 1: **世卫组织对COVID-19患者去世后的一般考虑（24/03/20）** <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331538/WHO-COVID-19-lPC_DBMgmt-2020.1-eng.pdf>

* 迄今为止，**没有证据表明有人因暴露于死于COVID-19的人的尸体而被感染。**
* **应避免仓促处置**COVID-19感染的死者。
* 相关部门应根据具体情况处理每种情况，平衡家庭权利、调查死亡原因的需要以及感染风险。
* 确保与尸体接触的人员（医护人员、太平间工作人员或葬礼小组）**采取标准的预防措施**，包括与尸体接触和相关环境前后的**手卫生**；**并根据与尸体接触的程度使用适当的个人防护装备**。
* 如果存在体液或分泌物飞溅的危险，则人员应使用面部防护用品，包括使用**面罩或护目镜和医用口罩**。
* **确保所有从孔口的体液不泄漏。**
* **尽量少的移动和接触尸体。**
* 用布包裹尸体，并尽快将其转移到太平间。
* 转移到太平间之前无需对尸体进行消毒。
* 尽管可能出于其他原因（例如过多的体液泄漏）而使用裹尸袋，但建议没有必要必须使用裹尸袋。
* 不需要特殊的运输设备或车辆。