

確診孕產婦之警示症狀、危險評估、 輕重症分流條件及後送通道

台灣婦產科醫學會 秘書長
馬偕醫院一般婦產學科主任
黃建霈 醫師

修訂COVID-19確診者分流收治原則 1/2

病症分類	條件類別	收治場所
中/重症	<ul style="list-style-type: none"> ■ 所有病患 	醫院
無症狀/輕症： 成人	<ul style="list-style-type: none"> ■ 80歲以上 ■ 懷孕36週以上 	醫院
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 70-79歲 ■ 65-69歲且獨居 ■ 懷孕35週以內 ■ 無住院需要，但不符合居家照護條件者 	加強版集中檢疫所/ 防疫旅館
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 69歲以下，符合居家照護條件，且非65-69歲獨居者 	居家照護
無症狀/輕症： 兒童	<ul style="list-style-type: none"> ■ 出生未滿3個月，且有發燒 ■ 出生3-12個月，且高燒>39度 	且經醫師評估有住院治療必要者 醫院
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 所有其他兒童 	符合居家照護條件 居家照護
		不符合居家照護條件 加強版集中檢疫所/ 防疫旅館(照顧者陪同)

Quick reference summary of acute COVID-19 care

Quick reference summary of acute COVID-19 care in pregnancy or up to 6 weeks postpartum (see section 6 for further detail)

Most common symptoms: cough; fever; dyspnoea; myalgia; sore throat
 Risk factors for severe disease: high BMI (> 25 kg/m²), aged > 35 years; pre-existing comorbidity; Black, Asian or minority ethnicity

Initial assessment, taken in the context of risk factors (e.g. Black, Asian or minority ethnicity, BMI > 25 kg/m², age > 35 years, socioeconomic deprivation) and comorbidities

Does the woman fit the following criteria?

SpO₂ ≥ 94% with no desaturation on exertion, RR ≤ 20 breaths/min, HR < 110 bpm, and low clinical concern



Can be cared for in the community

Advise to stay well hydrated and mobile
 Give safety net advice

Complete VTE risk assessment in line with RCOG Green-top Guideline No. 37a risk assessment tool.

Where normally indicated thromboprophylaxis should be offered.

NB:

- COVID-19 = transient risk factor 'current systemic infection'
- Those who are 'immobile, dehydrated' also score an additional transient risk factor point

Assessment

Is the patient:

< 28 weeks of gestation with a score ≥ 4
 OR
 ≥ 28 weeks of gestation with a score of ≥ 3
 OR
 postpartum with a score of ≥ 2

No

Yes

Prophylactic LMWH not required at present

Prophylaxis should be offered in line with risk assessment tool

Admission to hospital required with appropriate isolation

Investigate:

1. Bloods: FBC, U&E, LFT, LDH, coagulation, ferritin, troponin, ABG
2. Specific investigations for anti-spike antibodies against SARS-CoV-2 if required for neutralising monoclonal antibody decisions
3. Consider ECG, ECHO, CT/CTPA, influenza testing

Consider sepsis

1. O₂ to Sats > 94%, monitoring RR and Sats hourly
2. IV access
3. Blood culture
4. IV antibiotics if additional bacterial infection likely
5. Cautious IV fluid (200–500 ml) if lactate > 2 mmol/l and reassess
6. Fluid balance monitoring

Severity of disease

Mild disease

Patients not requiring oxygen and no evidence of COVID-19 pneumonia or other sepsis

Moderate disease

Patients with COVID-19 pneumonia or other sepsis requiring oxygen

Severe disease

Patients with COVID-19 pneumonia or other sepsis requiring mechanical ventilation or CPAP

VTE prophylaxis

Require prophylactic dose LMWH during admission and 10 days post discharge (longer duration should be considered if persistent morbidity / limited mobility suspected)

Appropriate dosing regimen of LMWH should be discussed with the MDT, including a senior obstetrician and obstetric medicine or haematology team

Clinical management

Pregnancy outcomes for pregnant women with versus without COVID-19

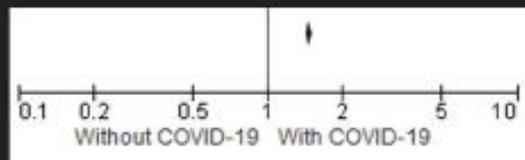
PregCov-19:
(Allotey et al 2020)

Studies since:

Preterm birth

OR = 1.47 (1.14 – 1.91)

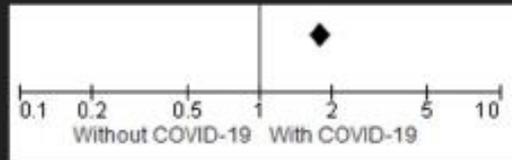
OR = 1.47 (1.44 – 1.51)



Stillbirth

OR = 2.84 (1.25 – 6.45)

OR = 1.80 (1.63 – 1.99)



Maternal risk: pregnant versus non-pregnant women following COVID-19

PregCov-19:
(Allotey et al 2020)

Studies since:

ICU Admission

OR = 2.13 (1.54 – 2.95)

**Mechanical
Ventilation**

OR = 2.59 (2.28 – 2.94)

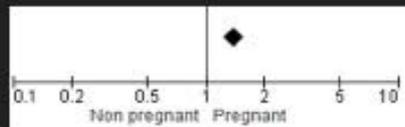
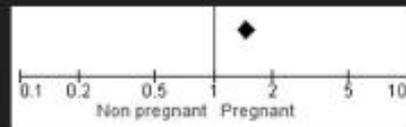
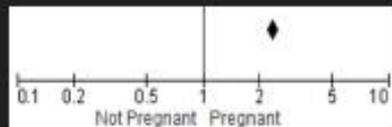
Death

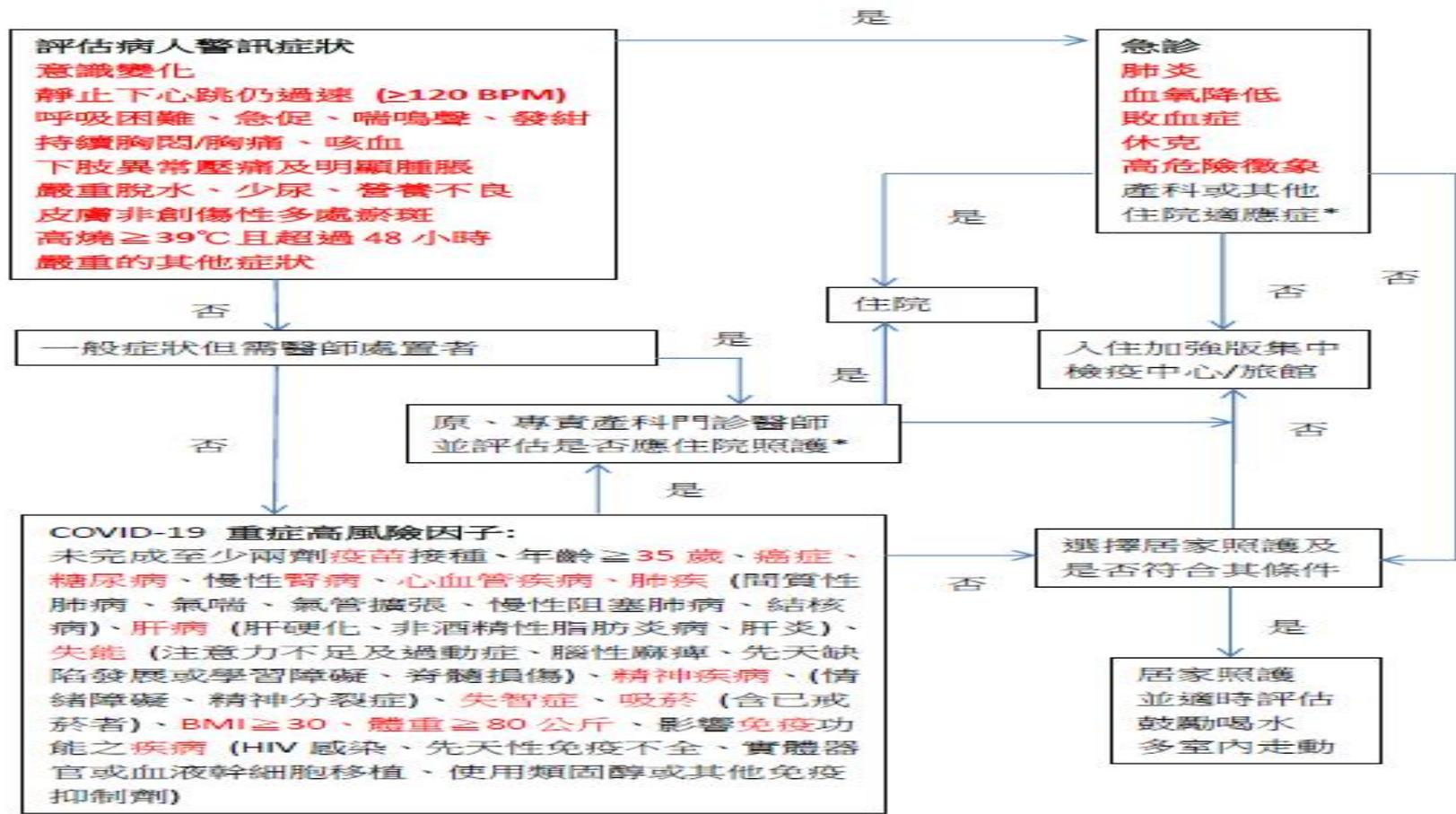
OR = 0.96 (0.79 – 1.18)

OR = 2.40 (2.25 – 2.57)

OR = 1.49 (1.33-1.66)

OR = 1.39 (1.23 – 1.57)





*產科或其他適應症: 懷孕第 36 周起、高危險妊娠如胎兒生長遲緩、胎盤功能異常、早產、多胞胎、胎動減少...等, 如需接受外科手術等。

分流原則

- 原則（非強制）。
- 無完美方案。
尊重臨床裁量、病人意願及靈活運用。
- 民眾說明（以唐氏症篩檢為例）
- 病情惡化快速，一旦有變化就再評估。及時、就地評估。
 - 各種場景：院外 VS. 院內，自行 VS. 醫師，原醫師 VS. 專任專責醫師，診所 VS. 專責醫院，急診 VS. 非急診；
 - 軟體及聯絡方式
- 症狀不一定等於嚴重度。
- 住院不等於就不會死亡。
- 流程隨疫情、量能，滾動式調整。
- 網絡系統（床位、種類、急診量能）+ 人力+ 全天候。

執行方式

- 病人(自填):基本資料、週數、產檢點及醫師
警戒症狀、一般症狀但需醫師處置者、重症高危險因子，
(高、中、低風險及建議)
- 醫師評估: 就病人自填項及醫師發現優先評估 再加上檢查，並
依再評估後風險建議收治地點
- 溝通及取得同意
 - 醫院: 醫師開立住院單;
 - 加強版集中檢疫所/防疫旅館、居家照護: 公衛體系
- 後續追蹤 (原醫師 vs. 專責醫師 vs. 公衛)

警示症狀

- 意識變化
- 靜止下心跳仍過速 (>120 BPM)
- 呼吸困難、急促、喘鳴聲、發紺
- 持續胸痛/胸悶、咳血
- 下肢異常壓痛及明顯腫脹
- 嚴重脫水、少尿、營養不良
- 皮膚非創傷性多處瘀斑
- 高燒 $\geq 39^{\circ}\text{C}$ 且超過48小時
- 嚴重的其他症狀

一般症狀

症狀種類	發生率
喉嚨痛	52%
咳嗽	51%
發燒	27%
鼻塞、流鼻水	27%
頭痛	10%
肌肉痛	5%
腸胃症狀	1%
味覺異常	1%
無症狀	40%

COVID-19 重症高風險因子

- 未完成至少兩劑疫苗接種
- 年齡 ≥ 35 歲
- 肥胖: BMI ≥ 30 、體重 ≥ 80 公斤
- 糖尿病
- 心血管疾病
- 肺疾 (間質性肺病、氣喘、氣管擴張、慢性阻塞肺病、結核病)
- 吸菸 (含已戒菸者)
- 慢性肝病 (肝硬化、非酒精性脂肪肝病、肝炎)
- 慢性腎病
- 癌症
- 失能 (注意力不足及過動症、腦性麻痺、先天缺陷發展或學習障礙、脊髓損傷)
- 精神疾病、(情緒障礙、精神分裂症)、失智症
- 影響免疫功能之疾病
(HIV感染、先天性免疫不全、實體器官或血液幹細胞移植、使用類固醇或其他免疫抑制劑)

住院適應症

COVID-19 中重症

- 肺炎
- 血氧降低
- 敗血症
- 休克

- 高危險徵象

產科或其他住院適應症

- 懷孕第**36周**起。
- **高危險妊娠**：如胎兒生長遲緩、胎盤功能異常、早產、多胞胎、胎動減少…等。
- **其他**：如需接受外科手術…等。

專責病房

- 加護病房
- 一般專責 VS. 婦產科專責

加強版集中檢疫所/防疫旅館

- 收治無症狀、輕症確診者。
- 孕婦收治建議條件：
 - 懷孕未滿36週。
 - 不必住院又不符居家照護條件者。
- 例外情形：不符居家照護條件之無症狀/輕症確診者，如本人或其法定代理人要求希望居家照護，經醫療人員評估後，得採取居家照護。
- 以2人一室收治，不限家人、同住或同行者；如房型允許(如家庭房)，可同室收治2人以上，且以家人、同住或同行者為限。

居家照護 (7+7)

- 對象：無症狀或輕症等不須住院或加強監護的確診者。
- 居家照護規定：
 - 本土個案：一人一室（單獨房間含衛浴）為原則，同為確診者得多人一室。若每次浴廁使用後，均能適當清消，則可於無獨立衛浴房間隔離。
- 同住的未確診者，原則上不超過四人，需於其他房間居隔。
- 確診者進行照護期間，輔以雙向簡訊進行追蹤關懷。
地方政府會成立「COVID-19 個案關懷服務中心」，來進行健康評估、定期關懷及發送快篩試劑，必要時提供遠距醫療服務，及後送就醫事宜。

COVID-19醫療資源統計表

編號	類型	全國總床數	空床數	空床率
1	病床(專責+負壓)	11,080	5,893	53.2%
2	中央集中檢疫所 (52家)	7,467	2,218	29.7%
3	地方加強型防疫旅館 (43家)	4,392	1,282	29.2%

資料截止時間：2022/05/11 07:00

2022/05/11

中央流行疫情指揮中心

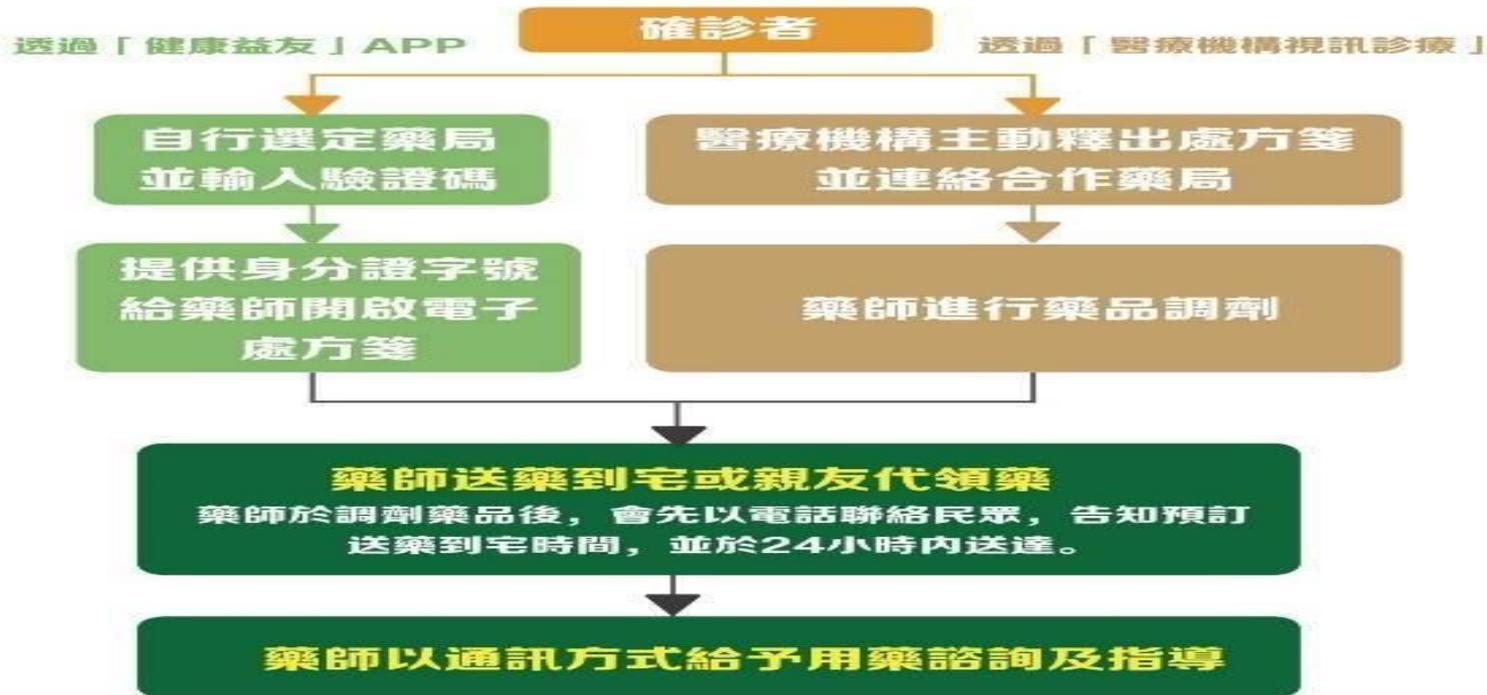
孕產婦後送條件及快速通道

- 務必密切觀察自身症狀變化，若出現：
意識變化，靜止下心跳仍過速 (≥ 120 BPM)，呼吸困難、急促、喘鳴聲、發紺，持續胸痛/胸悶、咳血，下肢異常壓痛及明顯腫脹，嚴重脫水、少尿、營養不良，皮膚非創傷性多處瘀斑，高燒 $\geq 39^{\circ}\text{C}$ 且超過48小時，嚴重的其他症狀。
- 新的緊急狀況
產兆、緊急高危險妊娠情況
可能需立即外科手術
其他科別需急診情況
- 請立即通知所在地衛生局或撥打119就醫，以119救護車為原則或指示之防疫計程車、同住親友接送或自行前往(如步行、自行駕/騎車)等方式為輔，儘速就醫。
- 各院急診、孕產婦綠色通道。
- 若進一步檢查評估、加強監護對病患較有利時或不適合原地照護的情況。
- 視其情況後送醫院、加強版集中檢疫所/防疫旅館。

視訊門診

- 各醫療機構
原醫師 vs. 新專責醫師
- 提供醫療服務及諮詢
居家確診者(公務預算)
居隔、居檢、不敢/不想/不必來院(健保)

確診者居家照護期間 藥師送藥到府流程



戶外門診、婦產科專責門診

- 對象：需到院檢查或處置但不需急診的居家照護、居家隔離、居家檢疫、甚至自主防疫、自主健康管理、自我健康監測、自主應變對象。

我屬於哪類對象 該怎麼做？

確診者 (7+7)	7天 居家照護	<ul style="list-style-type: none">● 輕症/無症狀，且符合居家照護健康及環境需求條件● 無症狀或症狀緩解，且距發病日或採檢日滿7天，得解除隔離，無須採檢，解隔後進入自主健康管理
	7天 自主健康管理	<ul style="list-style-type: none">● 已結束居家照護及居家檢疫者● 無須快篩就可以外出，禁止前往人潮擁擠、餐廳內用、聚餐及聚會等活動
入境者 (7+7)	7天 居家檢疫	<ul style="list-style-type: none">● 所有自外國入境者● 入境時進行採檢，於7天期滿且期滿當日快篩陰性，進入自主健康管理
	3天 居家隔離	<ul style="list-style-type: none">● 同住親友及住宿同寢室友● 自最後接觸(第0天)隔日起算居家隔離3天，收到接觸者匡列時進行快篩，結束後進入自主防疫
密切接觸者 (3+4)	4天 自主防疫	<ul style="list-style-type: none">● 已結束居家隔離者或被匡列時已逾隔離期間但仍在自主防疫期間者● 快篩陰性可外出(必要時)；學生須於自主防疫期滿次日快篩陰性方可上學● 禁止前往人潮擁擠、餐廳內用、聚餐及聚會等活動
	自我健康監測	<ul style="list-style-type: none">● 密切接觸者之接觸者，若密切接觸者篩檢陰性後，可解除監測● 確診者同場域工作者(高風險-24小時內，無適當防護接觸>15分鐘)，無症狀且接種3劑疫苗滿14天者，健康監測至最後接觸日滿7日● 避免前往人潮擁擠、餐廳內用、聚餐及聚會等活動
其他民衆	自主應變對象	<ul style="list-style-type: none">● 確診者之同班同學、同場域工作者● 依「企業因應嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情持續營運指引」，採自主應變措施，含依感染風險程度實施防疫假、停課等

註：上述相關規定將依疫情狀況調整

2022/05/09

中央流行疫情指揮中心

確診個案解隔條件修訂摘要

本條件適用對象：檢驗陽性日為5/8起之確診者，不回溯適用5/8前檢驗陽性者

場所	解隔條件修訂摘要
居家照護	距發病日或採檢日已達7天，無須採檢直接解隔，並進行7天自主健康管理
醫院 加強版集檢所 加強版防疫旅館	輕症確診隔離條件：無症狀或症狀緩解，且： 1. 兩次快篩陰性，或距發病/採檢達5天一次快篩陰性 2. 距發病日或採檢日已達7天，無須採檢直接解隔 符合以上任一條件，解隔並進行7天自主健康管理 註： ◆ 上述快篩限醫事人員執行，醫事人員得自採 ◆ 輕症解隔以快篩為原則，因故無法快篩則以PCR採認
中重症住院患者	解隔改1次PCR： 症狀緩解且追蹤1次(原為2次且須滿10天)PCR陰性或Ct \geq 30，可轉出隔離/專責病房

詳細內容請見最新版「嚴重特殊傳染性肺炎確診個案處置及解除隔離治療條件」(更新中)

2022/05/07

中央流行疫情指揮中心

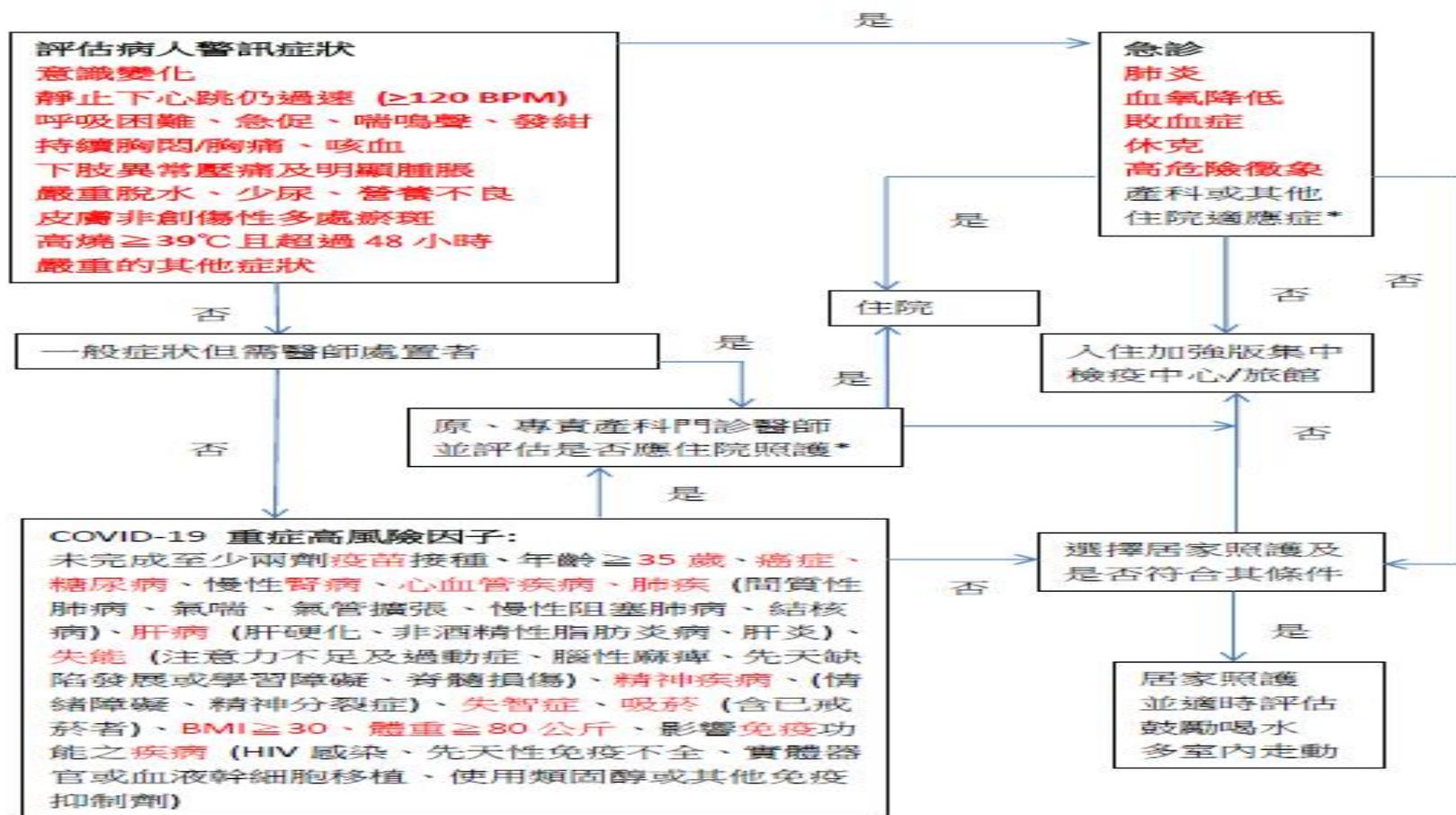
修訂COVID-19確診者分流收治原則 2/2

無症狀/輕症之血液透析確診病人

得依衛生局規劃，安排居家照護，並於指定之透析診所或醫院接受血液透析治療。

出院/下轉返家條件

醫院收治之無症狀/輕症確診者，住院天數以不超過5天為原則，如經醫師評估已無住院醫療需求，且符合解除隔離條件者，得由醫院先行安排出院；未符合解除隔離條件者，下轉返家進行居家照護至隔離期滿。



*產科或其他適應症: 懷孕第 36 周起、高危險妊娠如胎兒生長遲緩、胎盤功能異常、早產、多胞胎、胎動減少...等, 如需接受外科手術等。

謝謝聆聽

歡迎提問及討論