



دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
معاونت آموزشی

پروتوکل درمانی کووید-۱۹ در بیماران بستری

- ۱- در هنگام ویزیت بیمار حتما دقت کنیم روز چند از شروع بیماری است و الان روز چندم بستری چون ملاک روز شروع بیماری است
- ۲- هفته اول فاز ویرمی است داروی ضد ویروس مثل فاویپراویر رمدزیویر و خصوصا اینترفرون در این فاز تاثیر دارد و بعد از هفته دوم نه اینکه بی اثر باشد ولی عملا فایده چندانی ندارد به هیچ عنوان در بیماران بدحال و در آی سی یو به بیماران اینترفرون تزریق نکنید که منجر به بدتر شدن بیمار می شود
- ۳- کورتون در هفته اول شروع بیماری استفاده نشود مگر اینکه ناگهانی در حال پیشرفت باشد خصوصا در بیماران سرپایی که اکسیژن بالای ۹۳ است به هیچ عنوان مصرف نشود.
- ۳-۱ - تحت هیچ شرایطی تا پایان هفته اول علایم ؛ کورتون داده نشه حتی مقالات اخیر کورتون استنشاقی دوز بالا در آسم و copd خطر ریپلیکشن ویروس و مرگ رو افزایش داده
- ۳-۲- دوز کورتون پیشنهادی در فاز پلمونری ۴۰ میلی گرم متیل پردنیزولون هر دوازده ساعت برا شروع هست در صورت افت اکسیژن یا رایز cfp سریال زیر این درمان به ۸۰ میلی گرم هر دوازده و سپس ۱۲۵ میلی گرم هر دوازده ساعت افزایش پیدا میکنه دوز حداکثر فعلا ۲۵۰ میلی گرم روزانه هست پالس تراپی باید به عنوان salvage therapy در قالب کلینیکال تریال باشه
- ۳-۳- به عنوان salvage therapy پالس کورتون تا حداکثر پانصد میلی گرم روزانه تا سه دوز توصیه میشه در صورت عدم پاسخ گام دوم plasma exchang هست با جایگزینی ffp که ممکنه حدکثر پنج مرتبه انجام بشه
- ۳-۴- دوز کورتون یک بار روزانه است ولی در بیمارانی که به سرعت در حال پیشرفت هستند و خصوصا در هفته دوم فاز سیتوکین ریلیز هستند میتوان دوز بالاتر هم استفاده نمود تا بتوان التهاب را کنترل نمود. هیدروکورتیزون کلا نیمه عمر کوتاه دارد و منقسم در دو دوز روزانه بایستی استفاده شود و در شوک ارجح است و گرنه متیل پردنیزولون یا دگزامتازون در کووید بهتر است. بعضی مقالات معتقدند بیمارانی که نیاز به اکسیژن دارند و اکسیژن افت دارد از کورتون سود می برند.
- ۳-۵- (۶ میلی گرم دگزامتازون معادل ۳۲ میلی گروم متیل پردنیزولون و معادل ۴۰ میلی گرم پردنیزولون و ۱۶۰ میلی هیدروکورتیزون) است کلا در بیماران عدم تحمل و عوارض متیل پردنیزولون کمتر است و شاید ارجح باشد



- ۴- با صلاحدید پزشک معالج با کنترل یکروز در میان CRP می توان وضعیت التهابی فلوچارت CRP بیمار را کنترل نمود در صورت افت آن نشانه کنترل التهاب است و مقالاتی می گویند در صورت کاهش به زیر ۲۰ دوز کورتون را کاهش و در صورتی که زیر ۱۰ آمد و سیچوریشن بهبودیافت، می توان آن را قطع نمود در صورت افزایش CRP زیر درمان یا بدتر شدن وضعیت بیمار این دلیل افزایش فاز التهابی یا سوپر اینفکشن باکتریال است و باید از نظر نیاز به آنتی بیوتیک یا افزایش دوز کورتون یا سایر عوامل کنترل التهاب مثل هموپرفیوژن یا توسیلیزوماب یا ... بررسی شود.
- ۵- مبنای تزریق آنتی کواگودون بر اساس پروتوکل کشوری و بر اساس نظر پزشک و وضعیت بیمار باشد. در مورد استفاده از آنتی کواگولان بیماران پروفیلاکسی هپارین ۵۰۰۰ واحد هر ۸ ساعت یا ۴۰ واحد انوکسپارین روزانه نیاز دارند یا پرونیلاکس CELEXAN ۶۰۰۰ UNIT/DAILY یا 1mg/kg/daily (موارد منع مصرفش شامل وزن بالای ۱۰۰ کیلو و نارسایی کلیوی) اگر بد حال شد یا PTE وجود داشت دوز درمانی 1UNIT/Kg/Bid و یا هپارین به صورت درپد داده شود.
- ۷-۱- نقش پلاکت در ایجاد ترمبوز ناشی از کوئید مهمتر از همه هست بنابراین همه مقالات تاکید دارند هم در فاز پیش گیری هم تا یک ماه پس از در مان مصرف شود مگر اینکه کسی حساسیت به ASA داشته باشد
- ۷-۲- ضد انعقاد در موارد درگیری متوسط به بالا برای موارد بستری است یا اگه بنابه شرایط مجبور به درمان در منزل هستیم اضافه می شود و اکنون بیشتر ترند به سمت دوز درمانی هست تا پروفیلاکسی
- ۷-۳- دوز ضد انعقاد شصت میلی سلکسان برای شروع هست در صورت افزایش سطح d-dimet سریال به ۱mg/kg هر دوازده ساعت افزایش داده میشه
- ۷-۴- در مواردی که بیمار زیر دستگاه ونتیلاتر هست و فول ساپرت هست و علی رغم تهویه دقیقه ای کامل pCO_2 بالا هست از نظر پاتوفیزیولوژیک افزایش dead space ناشی از میکروکواگولوپتی در مویرگهای ریه مطرح هست و توصیه میشه داری ضد انعقاد سلکسان قطع بشه و tpA با دوز ۲۵ میلی گرم طی دوساعت و سپس ۲۵ میلی گرم بعدی طی ۲۲ ساعت داده بشه مجدد آنتی کواگولان شروع بشه.
- ۶- دوز رمدزیویور ۲۰۰ میلیگرم روز اول و سپس ۱۰۰ میلی گرم روزانه تا ۵ روز است که می توان تا ۱۰ روز هم ادامه داد ولی فعلا توصیه همان ۵ روز کافی است اگر آنزیم کبدی بالای ۵ برابر و GFR زیر ۳۰ باشد و بیمار مولتی اورگان فیلر، ممنوعیت مصرف دارد
- ۷- آزیترومایسین و هیدروکسی کلرولین و کلترآ، چه هر کدام به تنهایی یا در ترکیب با هم مصرف شوند، هیچ فایده ای ندارد و تمام کلینیکال تریالهای دنیا مصرف آنها را رد کرده اند.



۸- تاثیر ویتامین سی یا زینک یا ویتامین دی در پروفیلاکسی یا درمان ثابت نشده ولی کمبود آنها بر سیستم ایمنی تاثیر و بایستی در پیشگیری جبران شود

۹- اغلب بیماران با پچی گراند گلس تیپیک کوید نیازی به آنتی بیوتیک ندارند و آنتی بیوتیک شروع نشود(در صورت عدم سوپرااینفکشن باکتریال از مصرف آنتی بیوتیک بی رویه پرهیز نمائید) مگر در مواردی که بیمار به سرعت در حال بدتر شدن باشد یا در بیماری که نیاز به آی سی یو پیدا می کند و یا یک ضایعه لوبار با ایر برونکوگرام داشته باشید که سفالوسپورین یا تازوسین مفید است و در صورت شک به استافیلوکوک مقاوم وانکومایسین یا لینزولید یا تیکوپلانیلن اضافه کنید

۱۰- اغلب علت مرگ بیماران با بیماری زمینه ای مثل قلبی یا کلیوی یا دیابت بدتر شدن بیماری زمینه ای آنها است پس به جای اینکه به فکر عوض کردن مرتب داروی ضد ویروس باشید دنبال کنترل بیماری زمینه ای خصوصا کنترل قند خون بیمار باشید

۱۱- در بیماران جهت مسکن و تب بر از استامینوفن استفاده کنید ولی اگر ناچار شدید از ناپروکسن می توان استفاده نمود
۱۲- در بعضی مقالات گفته شده PPI ها در بروز شدت بیماری تاثیر داشته اند پس شاید بهتر باشد از فاموتیدین استفاده نمایند

۱۳- در بیماران با دهیدراتاسیون و بی اشتها می توان از محلولهای کریستالوئیدی استفاده نمود ولی به شدت مواظب اورلود مایع باشید.

۱۴- جهت تهوع و استفراغ شدید از دیمن هیدرینات یا پرومتازین یا ویتامین B6 استفاده کنید
۱۵- در بیماران بد حال شاید آزمایش روزانه کمک کند ولی در بیماران stable سه بار در هفته کافی است و بی جهت آزمایش روزانه درخواست نکنید

۱۶- جهت کاهش سرفه ها از قرص برم هگزین یا دکسترومتورفان یا دیفن هیدرامین یا کپسول گاباپنتین استفاده کنید
۱۷- در بیمارانی که دوز درمانی آنتی کواگولان می دهید بسیار مواظب عواقب خونریزی باشید چون در بعضی از بیماران این اتفاق منجر به مرگ بیمار می شود.

۱۸- در بیماران بدحال موقع ترخیص بر اساس شرایط می توان قرص ریواروکسابان ۱۰ میلیگرم روزانه تا یک ماه تجویز نمود

۱۹- در صورت درگیری به صورت فیبروزیه که شروع آن در HRCT تایید شده، در زمان ترخیص با کورتون خوراکی 1 mg/kg و آنتی کواگولان خوراکی (ریواروکسابان) یا آپیکسابان شروع نماید و ظرف یکماه taper نمائید و بیمار به طور سریال معاینه گردد.



۲۰- کلیه بیماران بستری در ICU بایستی یک نوبت توسط کارشناس تغذیه یا مشاور تغذیه انجام گردد.

۲۱- در مورد گرفتن پالس اکسیژن (۱) همواره از انگشت وسط استفاده بشه (۲) نیم تا یک دقیقه زمان صرف بشه (۳) زمانی

که پالس رو مانیتور قوی هست خونده بشه (۴) انگشت گرم بشه (۵) هیچ گونه رنگ لاک و ... روی ناخن نباشد

۲۲- برا پیش گیری بعد تماس با فرد مبتلا در حال حاضر اینترفرون نازال و ایورمکتین تایید شده دوز ایورمکتین چهار عدد قرص سه میلی گرم باهم مصرف میشه و برای یک هفته تاثیر داره

۲۳- نازال کانولا * در صورت نیاز به اکسیژن کمتر از ۶ لیتر در دقیقه یا اسیدوز تنفسی ای که با نازال کانولا سچوریشنش به بالای ۸۸ برسد. بیماری که با کانول بینی تا شش لیتر جواب نده گام بعدی ماسک صورت با رزو بگ نیست بلکه HFNC هست

* ماسک ساده => در صورت نیاز به فلوی اکسیژن ۶ لیتر در دقیقه به بالا

* ماسک با رزو بگ => در صورتی که با ۱۲ لیتر در دقیقه اکسیژن از طریق ماسک ساده سچوریشنش به بالای ۹۰ نرسد یا علی رغم رسیدن به این سچوریشن همچنان بیمار تاکی پنه یا تاکی کارد (بدون علت دیگری) باشد.

ماسک با رزو نیازمند حداقل ۱۰ تا ۱۲ لیتر در دقیقه اکسیژن می باشد.

* برای NIV یا BiPAP در صورتی که سچوریشن بیمار با ماسک رزو با فلو ۱۲ لیتر در دقیقه به بالای ۹۰ نرسد

یا اسیدوز تنفسی داشته باشد که با نازال کانولا سچوریشن مناسب بدون تاکیپنه و دیسترس پیدا نکند

یا علی رغم رسیدن به سچوریشن ۹۰ بیمار تاکی پنیک باشد یا دیسترس داشته باشد یا تاکی کارد (بدون علت دیگری) باشد

برای NIV یا BiPAP به شرطی که کنتراندیکاسیون نیز نداشته باشد

با تشکر از راهنمایی های ریاست دانشگاه آقای دکتر علی اسماعیلی ندیمی و کمیته علمی کووید-۱۹ دانشگاه

معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان