

چکیده نسخه یازدهم راهنمای تشخیص و درمان بیماری کووید ۱۹ در سطوح ارائه خدمات سرپایی و بستری

		تعریف		مرحله خفیف بیماری
		بیمار علائم خفیف دستگاه تنفس فوقانی بدون درگیری پارانشیم ریه ، گوارشی، تب، ضعف، خستگی، از دست دادن حس بویایی/چشایی، ... دارد. علائم حیاتی با ثبات است ، $SpO_2 \geq 94\%$		
		اندیکاسیون بستری	ندارد	
		آزمایشات تشخیصی	تشخیص عفونت با تست RT-PCR بوده و سایر آزمایشات نیازی نیست و نباید انجام شود.	
		تصویر برداری	تصویر برداری نیازی نیست و نباید انجام شود.	
		اقدامات مراقبتی	عمدتا در این مرحله درمانها علامتی می باشند. مراقبت در منزل و درمان بر حسب شکایت بیماران و از نظر احتمال عدم کنترل یا تشدید بیماری زمینه ای مورد توجه قرار گیرند. آموزش های لازم در مورد نحوه جداسازی و قرار گرفتن در محلی با تهویه مناسب ، خود مراقبتی و علائم هشدار دهنده نیازمند مراجعه به مراکز درمانی به بیماران ارائه شود.	
		داروها		
		کورتیکو استروئید	توصیه نمی شود	
		رمدسیویر	توصیه نمی شود مگر در موارد خاص با نقص ایمنی و احتمال پیشرفت بیماری، درمان سه روزه (حداکثر تا ۷ روز اول از شروع علائم) می تواند توصیه شود	
		ضد انعقاد	توصیه نمی شود	
		توسیلیزومب	توصیه نمی شود	
		دوزهای بالاتر کورتیکواستروئید	توصیه نمی شود	
		آنتی بیوتیک	توصیه نمی شود	
		پایش بیمار	در صورت داشتن علائم زیر، بیمار به بیمارستان ارجاع شود: تنگی نفس، تاکی پنه، افت سطح اشباع اکسیژن بصورت مداوم ، افت سطح هشیاری، افت فشار خون، تداوم دهیدراتاسیون و عدم تحمل خوراکی	

چکیده نسخه یازدهم راهنمای تشخیصی و درمان بیماری کووید ۱۹ در سطوح ارائه خدمات سرپایی و بستری

<p>تعریف</p> <p>درگیری ریوی کمتر از ۵۰٪، تنگی نفس، تاکی پنه، افت سطح اشباع اکسیژن بصورت مداوم SpO₂ بین ۹۰٪ تا ۹۴، افت سطح هشیاری، افت فشار خون، تداوم دهیدراتاسیون و عدم تحمل خوراکی</p>	مرحله متوسط بیماری
<p>اندیکاسیون بستری</p> <p>دارد</p>	
<p>آزمایشات تشخیصی</p> <p>تشخیص عفونت با تست RT-PCR و سایر آزمایش ها بر اساس شرایط بالینی و مشکلات زمینه ای بیمار در ابتدا CBC Diff, CRP, SGOT, SGPT, ALP, BUN/Cr, BS, ECG توصیه میشود.(ترجیحا CRP کمی باشد. به لنفوپنی توجه شود)</p>	
<p>تصویر برداری</p> <p>رادیوگرافی ساده ریه و در صورت دسترسی CT scan ریه (ترجیحا با دوز پایین) توصیه می شود</p>	
<p>اقدامات مراقبتی</p> <p>اکسیژن درمانی، پایدار نمودن وضعیت همودینامیک، اصلاح آب و الکترولیت اولین اقدام است. توجه به بیماری های زمینه ای و پایش میزان قند خون و الکترولیت ها ضروری می باشد.</p>	
<p>کورتیکواستروئید</p> <p>شکل تزریقی یا خوراکی دگزامتازون ۸ mg روزانه یا شکل خوراکی پردنیزولون ۴۰ میلی گرم روزانه تا زمان بستری در بیمارستان و نیاز به حمایت تنفسی و یا برای حداکثر ۱۰ روز (دوز و دوره درمان استاندارد با کورتیکواستروئید) استفاده از هر نوع کورتیکواستروئید در بیمارانی که نیاز به حمایت تنفسی (supplemental oxygen) ندارند، توصیه نمی شود.</p>	
<p>رمدسیویر</p> <p>بیماران با درگیری متوسط ریوی نیازمند دریافت اکسیژن ممکن است از درمان با رمدسیویر سود ببرند (روز اول ۲۰۰mg و در ادامه ۱۰۰mg روزانه تا تکمیل ۵ روز) ولی در صورتی که بیش از ۱۰ روز از شروع علائم گذشته باشد، نباید تجویز شود</p>	
<p>ضد انعقاد</p> <p>دوز پروفیلاکسی هپارین ۵۰۰۰IU زیرجلدی دو تا سه نوبت در روز و یا انوکساپارین ۴۰mg زیر جلدی یک نوبت روزانه (دوز ضد انعقادها در افراد با BMI ≥ ۴۰ نیاز به تنظیم دارد). در حال حاضر در صورت عدم وجود شواهد DVT/PTE استفاده از دوزهای درمانی ضد انعقادها در هیچ یک از مراحل بیماری توصیه نمی شود.</p>	
<p>توسیلزومب</p> <p>توصیه نمی شود</p>	
<p>دوزهای بالاتر کورتیکواستروئید</p> <p>توصیه نمی شود</p>	
<p>آنتی بیوتیک</p> <p>توصیه نمی شود در بیماران با شک به CAP و سایر علل عفونی، برای تجویز آن تصمیم گیری شود</p>	
<p>پایش بیمار</p> <p>تشدید تب علیرغم درمان های انجام شده، تداوم تب بعد از ۵ روز یا برگشت مجدد تب . روند کاهشی سطح اشباع اکسیژن علیرغم حمایت های تنفسی و درمان با اکسیژن -اختلالات همودینامیک شامل افت فشارخون، برادیکاردی یا تاکیکاردی ناگهانی و غیر قابل توجه</p>	

چکیده نسخه یازدهم راهنمای تشخیصی و درمان بیماری کووید ۱۹ در سطوح ارائه خدمات سرپایی و بستری

		درگیری ریوی بیشتر از ۵۰٪ ، SpO ₂ < ۹۰٪ ، RR ≥ ۳۰	تعریف
		دارد	اندیکاسیون بستری
		تشخیص عفونت با تست RT-PCR و سایر آزمایش ها بر اساس شرایط بالینی و زمینه ای بیمار در ابتدا CBC Diff, CRP, SGOT, SGPT, ALP, BUN/Cr, BS, ECG توصیه میشود. (ترجیحا CRP کمی باشد. به لنفوپنی توجه شود). ادامه/تکرار آزمایشات بر اساس شرایط بالینی بیمار و صلاحدید پزشک معالج خواهد بود	آزمایشات تشخیصی
		در صورت نیاز و عدم انجام تا زمان مراجعه بیمار، CT scan ریه توصیه می شود	تصویر برداری
		اکسیژن درمانی با وسایل مطابق با شرایط بیماران برای دسترسی به حداقل SPO ₂ :۹۰٪، پایدار نمودن وضعیت همودینامیک و اصلاح آب و الکترولیت اولین اقدام است. توجه به بیماری های زمینه ای و پایش قند خون و الکترولیت ها اهمیت بسیاری دارد.	اقدامات مراقبتی
	مرحله شدید بیماری داروها	شکل تزریقی یا خوراکی دگزامتازون ۸ mg روزانه یا شکل خوراکی پردنیزولون ۴۰ میلی گرم روزانه تا زمان بستری در بیمارستان و نیاز به حمایت تنفسی و یا برای حداکثر ۱۰ روز (دوز و دوره درمان استاندارد با کورتیکواستروئید)	کورتیکواستروئید
		بیماران با درگیری شدید ریوی نیازمند دریافت اکسیژن ممکن است از درمان با رمدسیویر سود ببرند (روز اول ۲۰۰mg و در ادامه ۱۰۰mg روزانه تا تکمیل ۵ روز). در صورتی که بیش از ۱۰ روز از شروع علائم گذشته باشد، نباید تجویز شود. شروع رمدسیویر در موارد بیماری بحرانی و نیازمند تهویه مکانیکی توصیه نمی شود.	رمدسیویر
		دوز پروفیلاکسی هپارین ۵۰۰۰IU زیرجلدی دو تا سه نوبت در روز و یا انوکسپارین ۴۰mg زیر جلدی یک نوبت روزانه (دوز ضد انعقادها در افراد با BMI ≥ ۴۰ نیاز به تنظیم دارد).	ضد انعقاد
		در صورتی که علیرغم درمان با دوز استاندارد کورتیکواستروئید، طی ۷۲-۲۴ ساعت از زمان بستری، سیر بیماری پیشرونده شود و CRP ≥ ۷۵ گزارش شود، یا بیماران با پیشرفت سریع بیماری که طی ۲۴ ساعت نیازمند دریافت مراقبت و درمان در ICU باشند، شروع Tocilizumab با دوز ۸۰۰mg max ۸mg/kg (و در صورت عدم بهبودی تکرار یک دوز دیگر تا ۴۸ ساعت بعد)	توسیلیزومب
		در شرایط عدم دسترسی به توسیلیزومب و یا وجود موارد منع مصرف این فرآورده، در صورت تشدید شرایط بالینی بیمار علیرغم درمان با دوزهای استاندارد کورتیکواستروئید، دوزهای بالاتر از این داروها (تا ۲۵۰ میلی گرم متیل پردنیزولون سدیم سوکسینات انفوزیون آهسته وریدی روزانه حداکثر برای سه روز یا دوزهای معادل از سایر کورتیکواستروئیدها) ممکن است کمک کننده باشد (Salvage therapy)	دوزهای بالاتر کورتیکواستروئید
		توصیه نمی گردد مگر در شرایط خاص با نظر پزشک معالج	آنتی بیوتیک
		پس از ترخیص بیماران مبتلا به کووید از بیمارستان ادامه داروهای ضد انعقاد با هدف پروفیلاکسی DVT بطور روتین توصیه نمی شود. در بیمارانی نظیر افراد با زمینه بدخیمی، بیحرکتی مطلق، سابقه ترمبوزهای قبلی و ... ادامه دریافت داروی ضد انعقاد در منزل بمدت یک ماه توصیه می شود.	پایش بیمار

چکیده نسخه یازدهم راهنمای تشخیصی و درمان بیماری کووید ۱۹ در سطوح ارائه خدمات سرپایی و بستری

	تعریف	بروز علائم نارسایی تنفسی علیرغم اکسیژن درمانی غیر تهاجمی، بروز علائم شوک سپتیک، نارسایی چند ارگانی
	اندیکاسیون بستری	در بخش ویژه
	آزمایشات تشخیصی	تشخیص عفونت با تست RT-PCR و سایر آزمایش ها بر اساس شرایط بالینی و زمینه ای بیمار از جمله CBC, CRP, SGOT, SGPT, ALP, BUN/Cr, Ferritin, D-dimer, CPK, LDH, Ca, P, BS, ECG (ترجیحا CRP کمی باشد. به لنفوپنی توجه شود). ادامه/تکرار آزمایشات بر اساس شرایط بالینی بیمار و صلاحدید پزشک معالج خواهد بود
	تصویر برداری	در صورت نیاز و عدم انجام تا زمان مراجعه بیمار، CT scan ریه توصیه می شود
	اقدامات مراقبتی	اکسیژن درمانی، پایدار نمودن وضعیت همودینامیک، اصلاح آب و الکترولیت اولین اقدام است. توجه به بیماری های زمینه ای و پایش قند خون و الکترولیت ها اهمیت بسیاری دارد. اگر بیمار به اکسیژن درمانی با روش های معمول (لوله نازال، ماسک صورت ساده، ماسک با کیسه ذخیره و ...) پاسخ ندهد، از HFN و یا NIV استفاده خواهد شد و در صورت عدم پاسخ و وجود اندیکاسیون، تهویه تهاجمی اقدام بعدی خواهد بود
مرحله بسیار شدید بیماری	کورتیکواستروئید	تزریق وریدی دگزامتازون ۸ mg روزانه یا متیل پردنیزولون سدیم سوکسینات ۰.۶mg/kg روزانه تا زمان بستری در بیمارستان و نیاز به حمایت تنفسی و یا برای حداکثر ۱۰ روز (دوز و دوره درمان استاندارد با کورتیکواستروئید)
	رمدسیویر	در صورتی که بیمار از قبل تحت درمان با رمدسیویر بوده است، ادامه یابد. برای بیماری که کاندید اکسیژن درمانی تهاجمی (لوله گذاری) می باشد، شروع رمدسیویر توصیه نمی شود
	ضد انعقاد	هپارین ۵۰۰۰ IU زیرجلدی سه نوبت در روز و یا انوکسپارین ۴۰mg زیر جلدی یک نوبت روزانه (دوز ضد انعقادها در افراد با BMI ≥ 40 نیاز تنظیم دارد)
	توسیلیزومب	در صورتی که علیرغم درمان با دوز استاندارد کورتیکواستروئید، طی ۲۲-۲۴ ساعت از زمان بستری، سیر بیماری پیشرونده شود و CRP ≥ 75 گزارش شود، یا بیماران با پیشرفت سریع بیماری که طی ۲۴ ساعت نیازمند دریافت مراقبت و درمان در ICU باشند، شروع Tocilizumab با دوز ۸۰۰mg max ۸mg/kg (و در صورت عدم بهبودی تکرار یک دوز دیگر تا ۴۸ ساعت بعد)
	دوزهای بالاتر کورتیکواستروئید	در شرایط عدم دسترسی به توسیلیزومب و یا وجود موارد منع مصرف این فرآورده، در صورت تشدید شرایط بالینی بیمار علیرغم درمان با دوزهای استاندارد کورتیکواستروئید، دوزهای بالاتر از این داروها (تا ۲۵۰ میلی گرم متیل پردنیزولون سدیم سوکسینات انفوزیون آهسته وریدی روزانه حداکثر برای سه روز یا دوزهای معادل از سایر کورتیکواستروئیدها) ممکن است کمک کننده باشد (Salvage therapy)
	آنتی بیوتیک	توصیه نمی گردد مگر در شرایط خاص با نظر پزشک معالج
	پایش بیمار	پس از ترخیص بیماران مبتلا به کووید از بیمارستان ادامه داروهای ضد انعقاد با هدف پروفیلاکسی DVT بطور روتین توصیه نمی شود. در بیمارانی نظیر افراد با زمینه بدخیمی، بیحرکتی مطلق، سابقه ترمبوزهای قبلی و ... ادامه دریافت داروی ضد انعقاد در منزل بمدت یک ماه توصیه می شود.