

ویژه پزشکان، پرستاران و مراقبین سلامت



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت - معاونت درمان

۱. راهنمای تشخیص و درمان بیماری کووید-۱۹ در سطوح ارائه

خدمات سرپایی و بستری

این راهنما با تلاش و مشارکت جمعی از اساتید رشته های تخصصی و فوق تخصصی و کارشناسان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تمرکز بر فلوجارت نحوه برخورد با بیماران در سطوح سرپایی و بستری تهیه شده است که در تاریخ شهریورماه ۱۳۹۹ به تصویب نهایی کمیته علمی ستاد کشوری مدیریت بیماری کرونا و ویروس (کووید-۱۹) رسیده است.

مقرر شده است که این راهنما با نظر کمیته علمی و براساس شواهد علمی و ارزیابی های میدانی (نظیر تعداد بیماران بستری، نتایج و میزان تجویز و مصرف دارو) در فواصل زمانی موردنیاز به روزرسانی شود.

مجموعه دستورالعمل های بهداشت و درمان در کنترل اپیدمی بیماری COVID-19

نسخه هشتم: شهریورماه ۱۳۹۹

کمیته علمی ستاد کشوری مدیریت بیماری کرونا (کووید-۱۹) در تاریخ ۱۳۹۸/۱۲/۵ به دستور وزیر محترم بهداشت با عضویت تعدادی از اعضای کمیته کشوری HIV/AIDS، نمایندگان معاونین محترم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعدادی از انجمن های علمی مرتبط تشکیل شده است. هدف از تشکیل این کمیته تدوین راهنمای کشوری تشخیص، مراقبت و درمان بیماری کرونای جدید و یکسان سازی پروتکل های گروه های مختلف تخصصی و فوق تخصصی در این زمینه است. به روز رسانی راهنمای تهیه شده و بررسی موارد مرتبط از وظایف این کمیته می باشد. اطلاعاتی که می تواند در موارد خاص سیاست گذاری های بهداشتی در زمینه کووید-۱۹ مؤثر باشد در اختیار سیاست گذاران قرار خواهد گرفت.

اسامی اعضاء کمیته علمی کووید-۱۹ که در به روز رسانی این نسخه شرکت داشته اند(به ترتیب حروف الفبا):

دکتر سید تقی ابطحی. دکتر فرزانه اشرفی. دکتر بیژن ایرج، دکتر علی بیداری. دکتر علیرضا بیگلری. دکتر محمد تقی بیگ محمدی. دکتر مهین پورعبدالله تنکابنی. دکتر مهدی پیغمبری. دکتر قاسم جان بابایی. دکتر حمیدرضا جماعتی. دکتر محبوبه حاج عبدالباقی. دکتر حمید رضا خانکه. دکتر حسین خلیلی. دکتر علی دباغ. دکتر سید علی دهقان منشادی. دکتر فرشید رضایی. دکتر علیرضا رئیسی. دکتر رامین سامی، دکتر سیامک سمیعی. دکتر شروین شکوهی. دکتر جعفر صادق تبریزی. دکتر محمد رضا صالحی. دکتر مرتضی صانعی طاهری. دکتر محمد تقی طالبیان. دکتر کتایون طایری. دکتر پیام طبرسی. دکتر نسرين عباسی. دکتر حمید عمادی کوچک. دکتر بهزاد عین الهی. دکتر مهیار غفوری. دکتر سامرند فتاح قاضی. دکتر مصطفی قانعی. دکتر عبدالله کریمی. دکتر عبدالخاق کشاورزی. دکتر رضا گل پیرا. دکتر محمد مهدی گویا. دکتر مینو محرز. دکتر مجید مختاری. دکتر طلعت مختاری آزاد. دکتر مسعود مردانی. دکتر محمدرضا مسجدی. دکتر رضا ملک زاده. دکتر سید علیرضا ناجی. دکتر هنگامه نامداری تبار. دکتر فریدون نوحی. دکتر احمد علی نور بالا. دکتر محمدرضا هاشمیان. دکتر داوود یادگاری نیا. دکتر محمد تقی یاسمی.

ضمن تشکر از کارشناسان وزارت بهداشت (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر بهزاد امیری. دکتر پیمان پرچمی. لایلا حسینی. دکتر مریم خیری. دکتر محمد نصر دادرس. دکتر محمد زینلی. دکتر محمد رضا شیرزادی. دکتر مرجان قطبی. دکتر مریم مسعودی فر. دکتر فرناز مستوفیان. دکتر محمدرضا منتظر خراسان. مهندس عباس نوروزی نژاد. دکتر پیمان همتی

و با تشکر از (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر اسماعیل ایدنی. دکتر کیهان آزادمنش. دکتر علی پیرصالحی. دکتر مصطفی جوانیان. دکتر سید جلیل حسینی. مریم حضرتی. آبتین حیدرزاده. دکتر مهرناز خیراندیش. دکتر فرزانه داستان. دکتر مریم رسولی. دکتر مهرناز رسولی نژاد. دکتر سید سجاد رضوی. دکتر علیرضا سلیمی. دکتر حمید سوری. دکتر محسن شتی. دکتر مجتبی صحت. دکتر مهشید طالبی طاهر. دکتر شهرام علمداری. دکتر بهروز فرزنانگان. دکتر علی مجیدپور. دکتر علیرضا مصداقی نیا. دکتر احسان مصطفوی. دکتر ناهید میرزایی تیرآبادی. دکتر سید محمود مسیحا هاشمی. دکتر محمود نبوی. دکتر کاظم ندافی. دکتر مجتبی نکوقدم. دکتر کورش هلاکویی. دکتر انسیه واحدی. دکتر حسن واعظی.

تغییرات در نسخه هشتم:

۱. تعریف موارد بیماری
۲. تقسیم بندی گروههای در معرض خطر ابتلا به کووید-۱۹ عارضه دار
۳. درمان سرپایی
۴. درمان بستری
۵. اندیکاسیون های ارجاع
۶. اندیکاسیون بستری، ترخیص
۷. به روز رسانی راهنمای تشخیص و درمان جنبه های روانپزشکی و سلامت روان در بیماری کووید ۱۹
۸. مدیریت علائم عدم دسترسی به مواد در بیماران بستری با سابقه سوء مصرف مواد
۹. راهبرد های افزایش ظرفیت پرسنلی در شرایط اضطرار
۱۰. ضمیمه بارداری و کووید از این مجموعه حذف شده به شکل یک راهنمای مستقل انتشار پیدا خواهد

کرد

فهرست

۷	تعریف موارد بیماری
۷	مورد مشکوک
۷	مورد محتمل
۷	مورد قطعی
۸	تعریف تماس نزدیک
۸	تعریف مرگ ناشی از کووید-۱۹
۹	مقدمه
۹	سیر بیماری کووید-۱۹
۱۰	مرحله صفر (بی علامت/قبل از بروز علائم)
۱۰	مرحله یک (مراحل ابتدایی عفونت)
۱۰	مرحله دو (فاز تنفسی)
۱۲	مرحله سه (فاز تشدید التهاب) - بحرانی (Critical)
۱۳	گروه های در معرض خطر ابتلا نوع عارضه دار کووید-۱۹
۱۴	فلوچارت تشخیص و درمان بیماری کووید-۱۹
۱۵	گروه اول: نیازمند ارجاع به بیمارستان
۱۵	گروه دوم: افراد پرخطر با اندیکاسیون درمان سرپایی ضد ویروسی
۱۶	گروه سوم: افرادی که اندیکاسیون درمان سرپایی ضد ویروسی را ندارند
۱۹	خدمات تشخیص و درمان بیماران سرپایی
۱۹	مدیریت مراقبت و درمان موارد بستری
۱۹	۱. افراد بی علامت/قبل از بروز علائم
۲۰	۲. افراد با علائم مراحل ابتدایی عفونت (خفیف)
۲۵	نکات کلیدی تجویز و پایش درمان سرپایی
۲۶	عوارض دارویی و نحوه برخورد با آنها
۳۱	خدمات تشخیص و درمان بیماران بستری
۳۱	اندیکاسیون بستری
۳۱	نحوه پذیرش و روند بستری بیمار در بیمارستان (Patient Flow)

۳۳	اقدامات پایه در بیماران بستری
۳۳	آزمایش های توصیه شده برای موارد بستری
۳۵	مدیریت مراقبت و درمان موارد بستری
۳۵	۱. فاز ریوی متوسط
۳۷	۲. فاز ریوی شدید
۳۹	۳. فاز بحرانی
۴۱	تجویز داروهای آنتی کواگولانت در بیماران مبتلا به عفونت کووید-۱۹
۴۳	عوارض کلیوی در بیماری کووید-۱۹
۴۵	معیارهای ترخیص
۴۶	مراقبت های بعد از ترخیص و تداوم جداسازی بیمار
۴۸	آشنایی با آزمایش های تشخیصی کووید-۱۹
۴۸	آزمایش تشخیص مولکولی
۵۰	آزمایش های سرولوژی مبتنی بر جستجوی آنتی بادی
۵۱	آزمایشهای مبتنی بر جستجوی آنتی ژن
۵۱	واجدین شرایط آزمایش کووید-۱۹
۵۲	مراقبت افراد در تماس با موارد مبتلا به کووید-۱۹
۵۲	غربالگری علامتی و آزمایشگاهی
۵۳	جداسازی افراد در تماس با بیماری کووید-۱۹
۵۳	دوران عفونت زایی بیماری و شرایط بازگشت به کار
۵۶	ضمیمه ۱: اقدامات تصویر برداری در افراد مشکوک / مبتلا به کووید-۱۹
۶۳	ضمیمه ۲: مدیریت مراقبت و درمان مبتلایان به کووید-۱۹ در بخش مراقبت های ویژه
۶۵	سندروم دیسترس حاد تنفسی (ARDS)
۶۸	سپتی سمی / شوک سپتیک
۷۲	راهنمای اکسیژن درمانی در بخش های COVID 19
۷۷	راهنمای پذیرش بیماران در بخش مراقبتهای ویژه COVID 19
۷۸	راهنمای حفاظت فردی برای پرسنل و بیماران در بخش مراقبتهای ویژه COVID
۷۹	راهنمای ترخیص بیماران از بخش مراقبتهای ویژه COVID 19

۸۰ ضمیمه ۳: راهنمای کنترل قندخون در بیماران کووید-۱۹ بستری در بیمارستان

۸۹ ضمیمه ۴: بیماری کووید و مبتلایان به بدخیمی

۹۷ ضمیمه ۵: راهنمای تشخیص و درمان جنبه های روانپزشکی و سلامت روان در بیماری کووید-۱۹

۱۱۵ ضمیمه ۶: وسایل حفاظت فردی مورد نیاز مبتنی بر مکان های ارائه دهنده خدمت

۱۲۶ ضمیمه ۷: مدیریت علائم عدم دسترسی به مواد در بیماران بستری با سابقه سوء مصرف مواد

۱۴۰ ضمیمه ۸: راهبرد های افزایش ظرفیت پرسنلی در شرایط اضطرار در دوران کووید-۱۹

۱۴۵ منابع کلی

تعریف موارد بیماری^۱

مورد مشکوک

الف) بیماری که دارای علائم بالینی و ملاک های اپیدمیولوژیک است:

یافته های بالینی:

- شروع ناگهانی تب و سرفه

یا

- شروع ناگهانی حداقل سه یا بیشتر از علائمی چون تب، سرفه، ضعف عمومی/خستگی مفرط، سردرد، درد عضلانی، گلو درد، آبریزش بینی، تنگی نفس، بی اشتها/تهوع/استفراغ، اسهال، کاهش سطح هوشیاری

شواهد اپیدمیولوژیک:

- اقامت، اشتغال یا مسافرت به مناطقی که احتمال چرخش ویروس وجود دارد (نظیر مراکز اقامتی، محل های پر ازدحام، همایش ها و مراسم ها، مراکز بهداشتی-درمانی و ...) در طی ۱۴ روز گذشته

ب) فرد با بیماری حاد تنفسی (SARI) با شروع علائم در طی ۱۰ روز گذشته که نیاز به بستری داشته باشد

مورد محتمل

الف) بیمار مشکوکی که در تماس با یک بیمار محتمل یا قطعی و یا خوشه ای^۲ از بیمارانی باشد که حداقل یک مورد قطعی در بین آنها گزارش شده باشد

ب) بیمار مشکوکی که یافته های تصویر برداری به نفع کووید-۱۹ داشته باشد

- نظیر انفیلتراسیون مولتی لوبولر یک یا دو طرفه خصوصاً انفیلتراسیون نواحی محیطی در CT scan ریه یا رادیوگرافی قفسه صدی و ground glass در CT scan ریه (Clinically confirmed)

ج) بیماری که بطور حاد دچار از دست دادن حس بویایی یا چشایی شده باشد

د) مرگ در بیمار مشکوک به کووید (ملاک های فوق) که با دلیل دیگری توجیه نشود

مورد قطعی

- فرد با تایید آزمایشگاهی ویروس ناشی از کووید-۱۹، صرف نظر از وجود علائم و نشانه های بالینی

¹ Public health surveillance for COVID-19, WHO Interim guidance 7 August 2020

² Cluster

تعریف تماس نزدیک

فردی که در شرایط زیر، در طی ۲ روز قبل تا ۱۴ روز بعد از شروع علائم بیمار محتمل یا قطعی، در تماس با او قرار گرفته باشد، شامل:

۱. تماس چهره به چهره در فاصله کمتر از ۱ متر و برای حداقل ۱۵ دقیقه
۲. تماس مستقیم فیزیکی با فرد محتمل یا قطعی
۳. مراقبت از بیمار محتمل یا قطعی بدون استفاده از تجهیزات مناسب حفاظت فردی

یا

۴. در شرایط دیگر بر اساس احتمال انتقال منطقه ای، ارزیابی انجام می شود

تعریف مرگ ناشی از کووید-۱۹

بروز مرگ در فرد محتمل یا قطعی که از نظر بالینی به دلیل بیماری کووید-۱۹ باشد و دلیل مشخص دیگری، غیر مرتبط با کووید (نظیر تصادفات و ...) نداشته باشد و دوره بهبودی کامل بین بیماری فعال کووید-۱۹ و مرگ نباید وجود داشته باشد.

تعاریف فوق خصوصا از دیدگاه نظام مراقبت بیماری ها اهمیت بسیاری دارد

مقدمه

بیماری کووید ۱۹ به صورت طیفی از علائم، از بی علامتی/قبل از بروز علائم (Asymptomatic/pre-) تا موارد پنومونی شدید و سندروم دیسترس حاد تنفسی (ARDS) تظاهر می کند. خاطر نشان می شود که علائم ثابت نیست و در هر زمان ممکن است بیمار، وارد مرحله بعدی شود.

دوران کمون بیماری کووید-۱۹ حدود ۱۴-۳ روز می باشد و بطور متوسط در طی ۵-۴ روز پس از تماس، علائم آشکار می شود. در حدود ۸۰٪ موارد بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بصورت بی علامت بوده یا علائم خفیف تا متوسط دارند و در حدود ۱۵٪ موارد مبتلایان با علائم شدید و نیازمند بستری مراجعه می کنند. در ۵٪ موارد شرایط بیمار بحرانی شده و ممکن است نیازمند بستری در ICU و مراقبت های ویژه باشند. از دست دادن حس بویایی و نیز حس چشایی از جمله علائمی هست که در بسیاری از مبتلایان گزارش شده است. از علائم دیگر می توان به علائم گوارشی نظیر بی اشتها، ضعف، بی حالی، خستگی زودرس، دل درد، تهوع، استفراغ و اسهال اشاره نمود.

به نظر میرسد که علائم بیماری در مراحل ابتدایی، عمدتاً مربوط به واکنش های وایرال است و در مراحل پیشرفته بیماری، پاسخ های ایمنی بیشترین تأثیر را در بروز علائم دارند. البته واکنش های ویروسی تا انتهای بیماری کم و بیش ادامه دارد



سیر بیماری کووید-۱۹

سیر بیماری را می توان به مراحل زیر تقسیم کرد:

۱. مرحله صفر: بی علامت/قبل از بروز علائم
۲. مرحله یک: مراحل ابتدایی عفونت (Early infection)
۳. مرحله دو: فاز تنفسی
۴. مرحله سه: فاز التهابی شدید (Hyper inflammation)

خاطر نشان می شود که نمی توان مرز دقیقی بین مراحل مختلف بیماری تصور کرد و هم پوشانی ممکن است وجود داشته باشد. از سوی تغییر فاز به ترتیب مراحل نیست و ممکن است فرد از مرحله یک به سرعت و ناگهانی به مرحله پیشرفته برسد

مرحله صفر (بی علامت/قبل از بروز علائم)

تشخیص بیماری در این مرحله صرفاً با تست آزمایشگاهی RT-PCR است که در حین بیماریابی در افراد بی علامت در تماس نزدیک با افراد مبتلا به کووید-۱۹ با تست RT-PCR مثبت و یا حین غربالگری از افراد بی علامت در مکان های تجمعی (نظیر زندان و...) صورت می گیرد. این افراد بعد از مدتی ممکن است علامت دار شوند لذا پایش علامتی آنها لازم است انجام شود .

مرحله یک (مراحل ابتدایی عفونت)

از نظر شدت بیماری این مرحله به عنوان مرحله خفیف در نظر گرفته می شود. علائم خفیف بصورت تب کمتر از ۳۸ درجه، گلودرد با یا بدون سرفه های خشک، لرز، سردرد، از دست دادن حس چشایی و بویایی، تهوع، استفراغ، بی اشتها، اسهال، بدن درد، ضعف و خستگی مفرط است. این علائم می تواند در هر فرد متفاوت باشد و بیمار یک یا چندین مورد از علائم را داشته باشد.

در این مرحله علائم حیاتی (نبض، فشارخون و تعداد تنفس) پایدار است و $SpO_2 \geq 93\%$ (سطح اشباع اکسیژن) می باشد . عموماً فرد نیاز به بستری ندارد.

برای مطالعه بیشتر مرحله یک:

در مرحله اول ممکن است علائم آزمایشگاهی بصورت لنفوپنی (کمتر از ۱۱۰۰) و/یا افزایش خفیف ESR/CRP وجود داشته باشد. در اغلب موارد نشانه ای از درگیری ریوی در رادیوگرافی/CT scan وجود ندارد. در برخی موارد ممکن است یافته های مختصری بصورت درگیری حداکثر دو لوب ریوی به شکل تظاهرات Ground glass (GGO)، تجماد (Consolidation) یا ندول با وسعت کمتر از یک سوم حجم هر لوب دیده شود که خصوصاً در مناطق محیطی و در قواعد ریه ها می تواند باشد.

مرحله دو (فاز تنفسی)

این مرحله خود به دو قسمت متوسط و شدید تقسیم می شود

فاز تنفسی متوسط (Moderate)

در این مرحله علائم قبلی با شدت بیشتر ممکن است وجود داشته باشد.

ملاک های ورود به این مرحله عبارت است از:

۱. وجود علائم تنفسی (شامل تنگی نفس، احساس درد و فشار در قفسه سینه، ...) با یا بدون تب مساوی/بیشتر

از 38°C

۲. SpO_2 بین ۹۰٪ تا ۹۳٪

SpO_2 (میزان اشباع اکسیژن): منظور از میزان اشباع اکسیژن خون، درصدی از هموگلوبین های خون است که به اکسیژن باند شده است.

برای مطالعه بیشتر مرحله دوم با علائم متوسط:

در مرحله دوم ممکن است علائم آزمایشگاهی بصورت تشدید لنفوپنی و/یا افزایش خفیف CRP/ESR، PT/PTT و یا D-dimer و/یا LDH و/یا فریتین ممکن است دیده شود.

خاطر نشان می شود که در اسکور بندی یافته های سی تی اسکن تعداد لوب ها درگیر و نیز شدت درگیری هر لوب، تعیین کننده است در مرحله دوم درگیری حداکثر ۳ یا ۴ لوب ریوی با وسعت کمتر از یک سوم حجم هر لوب یا ابتلای یک یا دو لوب با وسعت بیشتر ممکن است دیده شود. (اسکور کمتر از ۸)

فاز تنفسی شدید (Severe)

در این مرحله نیز عموماً علائم بالینی با شدت بیشتری وجود دارد.

ملاک های ورود به این مرحله عبارتند از:

۱. پیشرفت سریع علائم تنفسی به ویژه تشدید تنگی نفس

۲. تاکی پنه ($RR > 30$)

۳. $SpO_2 < 90\%$ ، $PaO_2 / FiO_2 \leq 300$ mmHg

۴. افزایش $A-a$ gradient^۴ و نیز افزایش درگیری بیش از ۵۰٪ از ریه در سی تی اسکن

لازم به ذکر است که بروز انواع شدید بیماری در هر زمانی از سیر بیماری ممکن است رخ دهد و بروز آن الزاماً

مستلزم طی همه مراحل قبلی نیست.

برای مطالعه بیشتر مرحله دوم با علائم شدید:

در این مرحله ممکن است علائم آزمایشگاهی بصورت تشدید لنفوپنی، افزایش پیشرونده D-dimer و/یا فریتین (بیش از 500ng/dl) و/یا $LDH > 245$ U/l و/یا افزایش آنزیم های کبدی و/یا تری گلیسیرید، علائم بروز یا تشدید نارسائی ارگانی دیده شود. نیز ممکن است افزایش خفیف NT-proBNP و تروپونین و/یا افزایش IL6 و/یا افزایش CRP (بیش از ۱۰۰) و کاهش پلاکت ها، کاهش شدید ائوزینوفیل ها نیز عارض شود

درگیری ۵ لوب ریوی با وسعت کمتر از یک سوم حجم هر لوب و یا ابتلای سه لوب با وسعت بیشتر می تواند دیده شود. معمولاً درگیری ریوی دوطرفه است. (اسکور بیشتر/مساوی ۸). اغلب وسعت درگیری ریه در سی تی اسکن در موارد شدید بیماری بیش از موارد متوسط است و بر اساس چند مطالعه انجام شده در این زمینه بیش از ۵۰ درصد کل ریه درگیر است. انفیلتراسیون منتشر دو طرفه ممکن است در نهایت بصورت White lung دیده شود. لازم به ذکر است که در مواردی با وجود درگیری متوسط ریوی در سی تی اسکن بیمار علائم شدید بالینی نشان می دهد و در مواردی نیز با وجود درگیری وسیع ریوی بیمار علائم متوسطی دارد که البته این موارد نادر است.

^۴ PaO₂ (فشار سهمی اکسیژن شریانی): مقداری از اکسیژن موجود در خون که در پلاسما حل می شود

^۵ FiO₂: درصد اکسیژن هوای دمی (۲۱٪). این درصد در موارد استفاده از تجهیزات کمک تنفسی نظیر کانولای بینی و انواع ماسک های تنفسی، تغییر می کند

^۶ A-a gradient، تفاوت اکسیژن دو طرف غشا آئولولی را بیان می کند و جهت ارزیابی سلامت این غشاء به کار می رود. این گرادین در فرد نرمال کمتر از ۳۵ سال حداکثر ۱۰ mmHg است. با افزایش سن مقدار نرمال آن بالا می رود

مرحله سه (فاز تشدید التهاب) - بحرانی (Critical)

ملاک های ورود به این مرحله وجود حداقل یکی از موارد زیر است:

۱. بروز علائم نارسایی تنفسی که علیرغم اکسیژن درمانی غیرتهاجمی $SpO_2 \leq 88\%$ باشد
۲. بروز نشانه های شوک
۳. بروز نارسایی چند ارگانی

در این مرحله بیمار نیازمند مراقبت های ویژه است. همانطور که اشاره شد، بروز انواع شدید بیماری در هر زمانی از سیر بیماری ممکن است رخ دهد و بروز آن الزاما مستلزم طی همه مراحل قبلی نیست.

برای مطالعه بیشتر مرحله سوم با علائم بحرانی:

در این مرحله ممکن است علائم آزمایشگاهی بصورت تشدید لنفوپنی، افزایش شدید مارکرهای التهابی ($D-dimer > 1000$ ، $IL6$ ، $Ferritin > 1000ngdl$ ، تروپونین، $NT-proBNP$)، سیتوپنی پیشرفته، مارکرهای نارسایی/آسیب چند ارگانی (افزایش شدید/بیش از ۵ برابر آنزیم های کلیوی، ترمبوسیتوپنی، افزایش BUN/Cr ، اختلالات انعقادی) عارض شود. درگیری منتشر/دوطرفه ریه ها، درگیری منطبق با ARDS ممکن است دیده شود. یافته هایی نظیر پلورال افیوژن، لنفادنوپاتی، افزایش ضخامت جداری برونش و تغییرات ساختمانی ریه ها ممکن است در این مرحله دیده شود

در تصویر زیر نمایی از سیر بالینی بیماری نشان داده شده است.

تشدید التهاب	تنفسی	عفونت ابتدایی	بی علامت
خیلی شدید	شدید	متوسط	خفیف
Inflammatory response		Viral response	
مراقبت ویژه		بستری	سرپایی
نارسایی تنفسی $SpO_2 \leq 88\%$ شوک نیازمند تهویه مکانیکی نارسایی چند ارگانی	پیشرفت سریع علائم تنفسی - ($RR > 30$) $SpO_2 < 90\%$, $PaO_2/FiO_2 \leq 300$ mmHg افزایش A-a gradient - درگیری بیش از 50% از ریه در سی تی اسکن	تنگی نفس، احساس درد و فشار در قفسه سینه با یا بدون تب $38^\circ C$ و بیشتر SpO_2 بین 90% تا 93%	علائم به نفع کووید - ۱۹ علائم حیاتی ثابت $SpO_2 \geq 93\%$
بدون علامت با تست PCR مثبت			

گروه های در معرض خطر ابتلا نوع عارضه دار کووید-۱۹

بطور کلی در افراد بالای ۶۵ سال احتمال بروز موارد بیماری عارضه دار افزایش می یابد. همچنین در مطالعات مختلف چاقی بعنوان یکی از زمینه های مهم در ابتلا به انواع شدید و بحرانی در نظر گرفته شده است و در این راستا توصیه می شود که در طی معاینات، BMI^۷ بیمار محاسبه شود.

در حال حاضر شواهدی وجود ندارد که نشان دهد احتمال ابتلا افرادی که با HIV زندگی می کنند به بیماری کرونا بیشتر بوده و یا ابتلا به کرونا در آنان با بروز عوارض شدید تری همراه باشد، اما باید تمام نکات احتیاطی و پیشگیرانه را به دقت رعایت کنند. این موضوع در مبتلایان به HIV با بیماری پیشرفته ($CD4 < 200$) اهمیت بیشتری دارد. نظیر سایر افراد جامعه، افراد سالمند مبتلا به HIV یا افرادی با زمینه بیماری های قلبی یا ریوی، ممکن است در معرض ابتلا بیشتر به بیماری کرونا یا بروز عوارض شدیدتر آن باشند.

گروههای زیر بعنوان افرادی که بالقوه در معرض ابتلا به نوع شدید بیماری COVID 19 قرار دارند، در نظر گرفته شده اند:

- گروههایی که شواهد قوی وجود دارد که خطر بیماری شدید ناشی از کووید-۱۹ را افزایش می دهند:
 - بیماری های شدید قلبی - عروقی نظیر نارسایی قلب، بیماری های عروق کرونر ، کاردیومیوپاتی بدخیمی ها
 - نارسایی مزمن کلیوی
 - COPD
 - چاقی ($BMI \geq 30$)
 - آنمی سیکل سل
 - پیوند Solid organ
 - دیابت تیپ ۲
- در مورد گروههای زیر شواهد متوسط وجود دارد که خطر بیماری شدید ناشی از کووید-۱۹ را افزایش می دهند:
 - آسم (متوسط تا شدید)
 - CVA
 - پرفشاری خون
 - بارداری
 - سیگار
 - مصرف کورتیکواستروئیدها و سایر داروهای ایمنوساپرسیو (بیش از 20mg/d پردنیزولون بیش از دو هفته یا دوز تجمیعی بیش از ۶۰۰ میلی گرم معادل پردنیزولون^۸)

⁷ Body Mass Index

⁸ CDC Expands List of Underlying Conditions for Severe COVID-19, Updated July 31, 2020

^۹ این تأثیر می تواند تا یک ماه پس از قطع کورتون نیز ادامه داشته باشد

- در مورد گروه‌های زیر شواهد بسیار محدودی وجود دارد که خطر بیماری شدید ناشی از کووید-۱۹ را افزایش می‌دهند:

- پیوند مغز استخوان
- HIV
- نقص ایمنی
- بیماری‌های متابولیک ارثی
- بیماری‌های کبدی
- اختلالات نورولوژیک
- سایر بیماری‌های مزمن ریوی
- کودکان
- تالاسمی
- دیابت تیپ ۱

توجه به تقسیم بندی فوق به ارزیابی پزشک معالج برای اقدامات مراقبتی-درمانی و پیگیری بیماران کمک می‌کند.

فلوچارت تشخیص و درمان بیماری کووید -۱۹

کلیه پزشکان اعم از بخش دولتی، خصوصی و خیریه‌ها باید به این فلوچارت دسترسی داشته و بتوانند به عنوان قدم اول در غربالگری بیماران از آن استفاده کنند. در مراجعه فرد به هر مرکز درمانی سرپایی لازم است مطابق فلوچارت مصوب کمیته علمی، به شرح زیر عمل شود:

کلیه افرادی که با علائم به نفع کووید-۱۹ (سرفه، گلودرد، لرز یا بدون تب و...) به مراکز جامع سلامت، کلینیک‌های ویژه، بیمارستانها و پزشکان بخش خصوصی مراجعه می‌کنند، باید ابتدا از نظر علائم تنفسی مورد ارزیابی قرار گیرند. بیمار ممکن است در مراحل اولیه عفونت بدون تب بوده و با سایر علائم تظاهر کند. تب بسیار بالا عموماً علامت شایعی نیست.

متناسب با علائم و نشانه‌های بالینی، بیماران در قدم اول ارزیابی به سه گروه تقسیم می‌شوند:

۱. بیماران نیازمند ارجاع به بیمارستان
۲. بیماران پر خطر با اندیکاسیون درمان سرپایی ضد ویروسی
۳. بیمارانی بدون اندیکاسیون درمان سرپایی ضد ویروسی

گروه اول: نیازمند ارجاع به بیمارستان

بدلیل اهمیت موضوع، در اولین ویزیت بیمار در هر مرکز بهداشتی - درمانی، باید تعیین شود که آیا بیمار نیازمند ارجاع به مراکز تخصصی هست یا می تواند بصورت سرپایی تحت مراقبت و درمان قرار گیرد. از این رو توجه به اندیکاسیون های ارجاع، حیاتی می باشد:

اندیکاسیون های ارجاع

بیماران زیر باید جهت ارزیابی بیشتر و در صورت لزوم بستری به بیمارستان های منتخب ارجاع شوند:

۱. بیمارانی که علاوه بر علائمی که به نفع بیماری کووید-۱۹ می باشد، دچار تنگی نفس و هیپوکسمی

($SpO_2 < 90\%$ *) یا $RR > 24$ ** باشند

۲. بیمارانی که دچار کاهش سطح هشیاری شده باشند،

۳. بیمارانی که دچار افت فشار خون باشند (فشار سیستولیک کمتر از 90mmHg)

۴. بیمارانی که پس از درمان های حمایتی سرپایی دچار تداوم دهیدراتاسیون و عدم تحمل خوراکی باشند

۵. بیماران در معرض خطر کووید عارضه دار بدون تنگی نفس و هیپوکسمی اما با یافته های مثبت تصویر برداری

ریه بر اساس شرایط بالینی و شدت درگیری ریه در CT scan، بنا به قضاوت پزشک نیز ممکن است نیازمند

ارجاع به مراکز بیمارستانی منتخب جهت ارزیابی بیشتر باشند.

*خاطر نشان می شود در مورد بیمارانی که SpO_2 90-93% دارند، باید بر اساس شرایط بالینی و بیماری های زمینه

ای بیمار، تصمیم گیری شود

**تعداد تنفس بیش از ۲۴ در بیماران بدون تب

گروه دوم: افراد پرخطر با اندیکاسیون درمان سرپایی ضد ویروسی

اساسا برای بیمارانی که اندیکاسیون بستری ندارند، اقدامات مراقبتی و رعایت احتیاطات لازم در منزل توصیه می شود که شامل مراقبت و جداسازی در منزل به همراه تجویز درمانهای علامتی است. تنها برای بیماران پرخطر گروه اول و دوم (طبق تعریف گروههای پرخطر)، رژیم دارویی کلروکین/هیدروکسی کلروکین با در نظر گرفتن تمام احتیاطات مرتبط می تواند پیشنهاد گردد. (دوز دارو و احتیاطات مرتبط در بخش درمان سرپایی توضیح داده شده است)

اگر در ارزیابی اولیه فرد اندیکاسیون بستری نداشته ولی جزو گروه افراد پرخطر با علائم تنفسی باشد، توصیه می شود که در صورت دسترسی برای اقدامات تصویر برداری ریه ارجاع شود. خاطر نشان می شود که تمام این اقدامات پس از معاینه بالینی و صلاحدید پزشک صورت می گیرد.

در هر استان تحویل داروی کلروکین/هیدروکسی کلروکین به بیمار از طریق مراکز منتخب اعلام شده توسط دانشگاه علوم پزشکی صورت می گیرد. مشخصات بیمار در نرم افزار سیب ثبت شده و توسط پرسنل بهداشتی پیگیری های بعدی انجام می شود. اصول جدا سازی در منزل، نحوه مصرف دارو، علائم هشدار دهنده مهم به بیمار و همراهیان وی باید توضیح داده شود. خاطر نشان می شود درمان سرپایی صرفاً در افراد پر خطر گروه اول و دوم می تواند پیشنهاد شود. از آنجا که افرادی که تحت درمان سرپایی قرار می گیرند جزو گروه هایی هستند که بالقوه ممکن است دچار بیماری کووید-۱۹ شدید شوند، باید به صورت روزانه و تلفنی توسط مراقبین سلامت پیگیری شوند و در صورت بروز هر کدام از علائم زیر سریعاً بیمار را به مراکز بیمارستانی منتخب ارجاع دهد:

۱. تنگی نفس/تنفس دشوار، درد قفسه سینه، سوزش یا احساس سنگینی در سینه

۲. علائم کاهش سطح هوشیاری

همچنین در صورت وجود علائم زیر به پزشک مرکز جامع سلامت ارجاع شود و پزشک تصمیم بگیرد که فرد نیاز به ارجاع به مرکز تخصصی دارد یا ادامه درمان داشته و یا درمان های حمایتی اضافه شود:

۳. تشدید سرفه ها، بروز سرفه های خلط دار

۴. تداوم یا تشدید تب بیش از ۳۸,۵ درجه سانتیگراد بعد از ۵ روز

۵. اسهال شدید که کم آبی ناشی از آن به درمان جایگزینی آب و الکتrolیت خوراکی پاسخ ندهد

این علائم به صورت روزانه و فعال طی تماس تلفنی از بیمار سوال می شود و در بخش پیگیری سامانه سیب/سامانه های مشابه ثبت می شود.

از این رو پیگیری فعال تلفنی تا ۵ روز اول دریافت دارو بصورت روزانه بوده و آخرین پیگیری بیمار در روز چهاردهم از زمان ثبت در سامانه سیب و سامانه های مشابه صورت خواهد گرفت.

گروه سوم: افرادی که اندیکاسیون درمان سرپایی ضد ویروسی را ندارند

برای بیمارانی که نیازمند بستری نبوده و نیز جزو گروه در معرض خطر اول و دوم نباشند، مراقبت و جدا سازی در منزل و درمان های تسکینی/علامتی توصیه می شود.

همان گونه که پیشتر اشاره شد، نزدیک به ۸۰٪ موارد مبتلایان نیازی به بستری نخواهند داشت. از این رو برای اغلب بیماران لازم است مراقبت های درمانی علامتی و تسکینی در منزل انجام شود و مراقبت های معمول شامل موارد زیر کفایت می کند:

- درمان علامتی/تسکینی (در ادامه توضیح داده شده است)
- استراحت، تغذیه مناسب، مایعات کافی،
- جداسازی (در منزل یا نقاهتگاه)

راهنمای تشخیص و درمان کووید-۱۹ در سطوح ارائه خدمات سرپایی و بستری - نسخه هشتم

بیماران باید از علائم خطر اطلاع داشته باشند و به وی آموزش داده شود تا در صورت بروز این علائم به مراکز درمانی مراجعه کنند.

در صورت بروز هر کدام از علائم زیر باید بیماران به مراکز بیمارستانی منتخب مراجعه نمایند:

۱. تنگی نفس/تنفس دشوار، درد قفسه سینه، سوزش یا احساس سنگینی در سینه

۲. علائم کاهش سطح هوشیاری

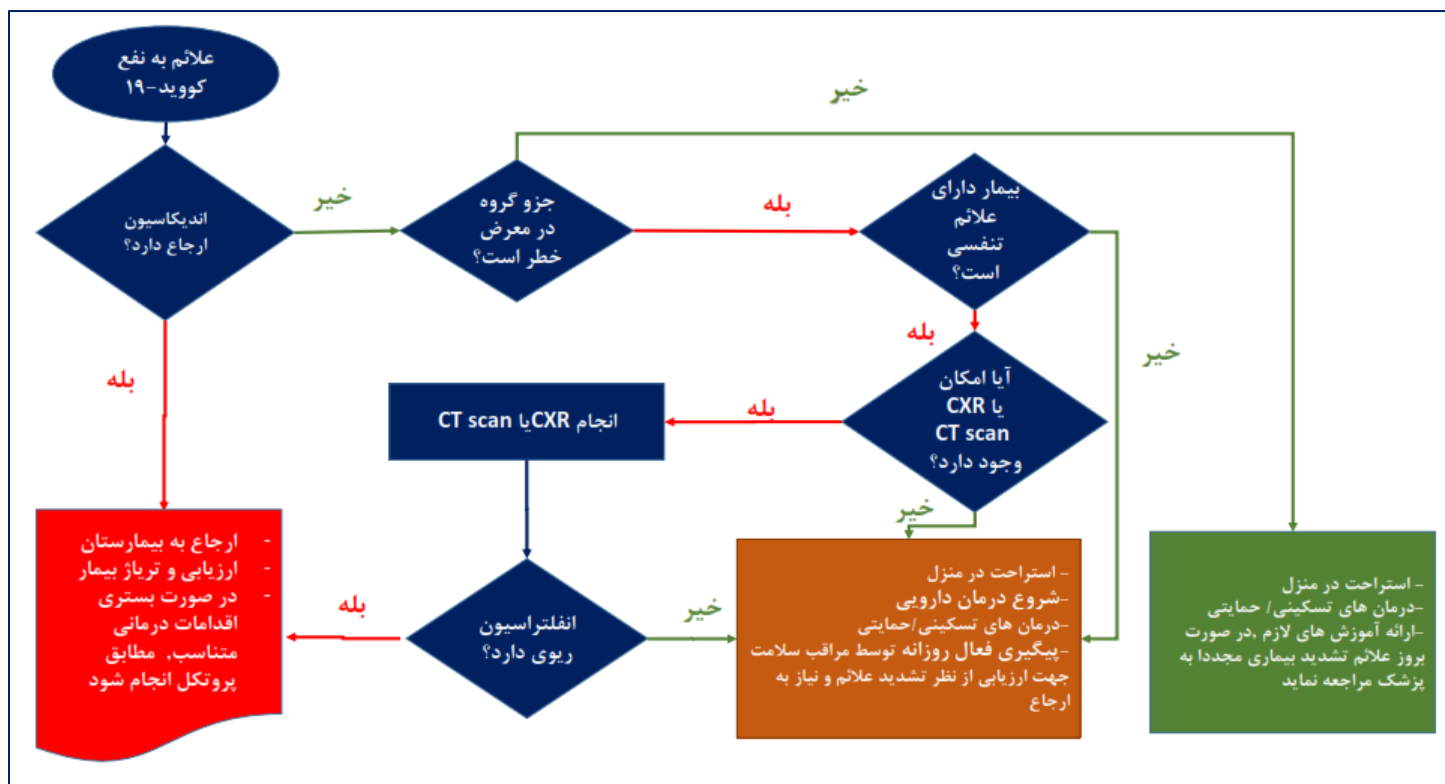
همچنین در صورت وجود علائم زیر به مراکز جامع سلامت (۱۶ ساعته) مراجعه نمایند و پزشک تصمیم می گیرد که فرد نیاز به ارجاع به مرکز تخصصی دارد یا ادامه درمان داشته و یا درمان های حمایتی اضافه شود:

۳. تشدید سرفه ها، بروز سرفه های خلط دار

۴. تداوم یا تشدید تب بیش از ۳۸,۵ درجه سانتیگراد بعد از ۵ روز

۵. اسهال شدید که کم آبی ناشی از آن به درمان جایگزینی آب و الکتrolیت خوراکی پاسخ ندهد

الگوریتم تشخیص و درمان کووید-۱۹ در افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی



پزشکان زیر مجوز تجویز داروی سرپایی (کلروکین) را دارند:

۱. پزشکان مراکز جامع سلامت

کلیه پزشکان مراکز جامع سلامت می توانند مطابق دستورالعمل برای بیماران واجد شرایط درمان سرپایی دارو را تجویز کنند، و داروی تجویزی توسط پزشکان مراکز جامع سلامت، در مراکز جامع سلامت منتخب (۱۶ یا ۲۴ ساعته) تحویل داده می شود.

۲. پزشکان کلینیک های ویژه منتخب

کلینیک های ویژه ای که توسط معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی که به عنوان "مرکز ارائه خدمات درمان سرپایی" کووید-۱۹ انتخاب شده اند. دانشگاه ها مکلف هستند در کلینیک های ویژه منتخب از ویزیت متخصصین عفونی، فوق تخصص ریه، متخصص اطفال، متخصص زنان و سایر رشته های مرتبط (حسب صلاحدید) استفاده کنند. پزشکان کلینیک ویژه با رعایت کامل دستورالعمل، داروی سرپایی را صرفاً برای افراد واجد شرایط (گروه پرخطر اول و دوم با شرایط ذکر شده در پروتکل) در قالب فرم درخواست داروی سرپایی درخواست نموده و بیمار با در دست داشتن فرم درخواست دارو به مراکز جامع سلامت منتخب ارجاع می شود.

۳. پزشکان بخش خصوصی

تعیین مطب های خصوصی که مجوز تجویز دارو دارند بر عهده سازمان نظام پزشکی استان است. از طرف سازمان نظام پزشکی برای پزشکان عمومی، داخلی، عفونی، زنان و اطفال فراخوان داده می شود. هر پزشک که اعلام همکاری نماید موظف است با رعایت کامل دستورالعمل، داروی سرپایی را صرفاً برای افراد واجد شرایط (گروه پرخطر اول و دوم با شرایط ذکر شده در این راهنما) در قالب فرم درخواست داروی سرپایی درخواست نموده و بیمار با در دست داشتن فرم درخواست دارو به مراکز جامع سلامت منتخب ارجاع می شود.

در هر دانشگاه علوم پزشکی مراکز جامع سلامت منتخب (۱۶ یا ۲۴ ساعته) که توسط معاونت بهداشتی تعیین می شوند برای ارائه داروی سرپایی در نظر گرفته شده است:

* جزئیات بیشتر در دستورالعمل اجرایی نحوه تامین و توزیع داروی مورد نیاز و پیگیری بیماران تحت درمان سرپایی COVID 19 شرح داده شده است.

خدمات تشخیص و درمان بیماران سرپایی

مطابق دسته بندی بیماران بر مبنای سیر بیماری، افراد در فاز "بی علامت / قبل از بروز علائم" و "افراد در مرحله ابتدایی عفونت (فاز خفیف)" واجد شرایط دریافت خدمات به شکل سرپایی به شرح زیر هستند :

مدیریت مراقبت و درمان موارد بستری

۱. افراد بی علامت/قبل از بروز علائم

اقدامات تشخیصی

الف - تست های تشخیصی کووید-۱۹: عمدتاً این افراد حین برنامه های غربالگری از افراد بی علامت تشخیص داده می شوند . غربالگری افراد بی علامت به وسیله تست RT-PCR فقط در شرایط خاص و به شرط امکان دسترسی به تست انجام می شود (به راهنمای واجدین شرایط تست مراجعه شود)

ب- تست تشخیصی کووید -۱۹ سرولوژی (IgG ، IgM) : در حال حاضر توصیه نمی شود و ارزش تشخیصی ندارد .

ج سایر آزمایش ها : نیاز به آزمایش دیگری ندارند

د- اقدامات تصویر برداری : توصیه نمی شود

اقدامات مراقبت و درمان

این افراد بعد از مدتی ممکن است علامت دار شوند لذا پایش علامتی آنها خصوصاً در گروه های در معرض خطر ابتلا به نوع عارضه دارد کووید-۱۹ لازم است انجام شود.

اقدامات لازم برای این افراد شامل موارد زیر می باشد:

- ارائه آموزش های لازم به فرد در مورد بیماری کووید-۱۹
- رعایت اصول بهداشت فردی (شستشوی دست ها، ماسک و ...)
- جداسازی از سایرین و رعایت فاصله گذاری فیزیکی
- پایش دقیق افراد تا زمانی که امکان بروز علائم بیماری وجود دارد:
 - خود غربالگری و مراجعه به مراکز درمانی در صورت بروز علائم
 - پیگیری توسط پرسنل بهداشتی (پیگیری تلفنی با تواتر اعلام شده)

۲. افراد با علائم مراحل ابتدایی عفونت (خفیف)

اقدامات تشخیصی

الف - تست های تشخیصی کووید-۱۹: برای گروههای واجد شرایط طبق راهنمای واجدین شرایط تست می تواند توصیه شود

ب- تست تشخیصی کووید -۱۹ سرولوژی (IgG, IgM) : توصیه نمی شود .

ج- سایر آزمایش ها : نیاز به آزمایش دیگری ندارند.

خاطر نشان می شود که برای موارد غیر بستری، ضرورتی برای انجام آزمایشات CBC و CRP وجود ندارد و توصیه نمی شود

د- اقدامات تصویر برداری : در این مرحله که نشانه های تنفسی واضحی وجود ندارد، انجام اقدامات تصویر برداری (رادیوگرافی ریه / CT scan ریه) توصیه نمی شود.

در مواردی ممکن است به صلاحدید پزشک معالج نیاز به اقدامات تصویر برداری وجود داشته باشد که شامل:

- گروههای در معرض خطر کووید عارضه دار
- در مواردی که بیمار دچار تشدید علائم تنفسی شود

اقدامات مراقبت و درمان

الف - درمان های علامتی

بسیاری از مبتلایان به کووید-۱۹ نیازی به مراجعه به مراکز درمانی ندارند و با مراقبت های ساده در منزل بهبود خواهند یافت. برای تعدادی از علائم شایع در مبتلایان به کووید-۱۹، توصیه هایی در جهت تخفیف/بهبود علائم مطرح شده است. شامل:

ضعف و بیحالی

- کاهش فعالیت شدید روزانه و استراحت در منزل-تغذیه مناسب و کافی
- انجام حرکات نرمش بویزه نرمش به همراه تمرین های تنفسی می تواند کمک کننده باشد

تب و درد بدن

- توصیه به مصرف ضد درد: استامینوفن توصیه می شود. در صورت عدم پاسخ می توان از یک NSAID استفاده کرد. دوز استامینوفن به عنوان ضد درد و تب ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت است. بعد از رفع علائم نیاز به ادامه استامینوفن نیست. از بین داروهای ضد درد غیر استروئیدی،

ناپروکسن به علت عوارض کمتر قلبی-عروقی و عوارض نسبتاً قابل تحمل گوارشی به بقیه داروهای این دسته ارجح است. دوز توصیه شده ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ تا ۱۲ ساعت است.

- توجه کنید که داروهای مسکن فقط در حد لازم (کاهش شدت نشانه‌هایی مانند تب و درد) و در کمترین دوز مؤثر استفاده شود

سرفه

- قرار گرفتن بیمار در بهترین حالتی که احساس راحتی کند
 - به بیمار توصیه کنید که هنگام سرفه کردن از خوابیدن بصورت طاق باز (خوابیدن به پشت) اجتناب کرده و ترجیحاً وضعیت نشسته یا نیم نشسته داشته باشد
 - از داروهای ضد سرفه می‌توان استفاده کرد: برم‌هگزین، دکسترومتورفان، دیفن‌هیدرامین: دوز توصیه شده از شربت دکسترومتورفان و الگزیر دیفن‌هیدرامین ۱۰ تا ۱۵ میلی لیتر هر ۶ تا ۸ ساعت است. دیفن‌هیدرامین دارای خواص آنتی‌هیستامینیک، خواب‌آور، آرام‌بخش و ضد تهوع نیز می‌باشد. در افراد مسن و بیماران COPD تجویز این داروها با احتیاط باشد.
 - فرآورده‌های گیاهی فورموله شده، تایید شده و دارای مجوز رسمی پخش در مراکز درمانی، عسل و لیمو (یک قاشق چایخوری داخل یک لیوان آب گرم) برای کاهش سرفه ممکن است کمک‌کننده باشد. در استفاده از داروهای گیاهی حتماً به احتمال حساسیت‌های زمینه‌ای فرد به این ترکیبات توجه شود.

از دست دادن حس بویایی

- اطمینان دادن به بیمار در مورد بهبود تدریجی این علامت و اینکه ممکن است هفته‌ها طول بکشد. درمان اختصاصی ندارد. ممکن است در صورت تداوم بیش از ۲ هفته، از شیوه تحریک عصب بویایی به کمک ترکیبات بودار استفاده نمود. دقت کند که این ترکیبات محرک نبوده و به مخاط آسیب نرسانند

تهوع و استفراغ

- بررسی علت تهوع و استفراغ
 - ممکن است ناشی از علائم بیماری کووید بوده یا بدلیل عوارض و تداخلات دارویی ایجاد شود
 - داروهای نظیر هیدروکسی‌کلروکین ممکن است باعث تهوع و استفراغ شوند
 - اقدامات زیر می‌تواند به کاهش تهوع و استفراغ کمک کند:
 - کشیدن نفس‌های آرام و عمیق
 - نوشیدن اندک اندک مایعات سرد-یخی

- مصرف غذاهای سبک نظیر نان سوخاری و غذاهایی که می تواند تحمل کند
- عدم مصرف غذاهای سرخ شده، چرب یا شیرین
- افزایش دفعات مصرف غذا و کاهش حجم غذا در هر نوبت
- بعد از غذا فعالیت نکنند
- بلافاصله بعد از غذا مسواک نزنند
- مصرف داروهایی نظیر دیفن هیدرامین و دیمن هیدرینات

اسهال

- جایگزینی آب و الکتrolیت: درمان اسهال نظیر سایر علل اسهال جایگزینی آب و الکتrolیت ها و جلوگیری از کم آبی است که خصوصا در دو گروه کودکان و سالمندان بسیار حیاتی می باشد. در موارد شدید اسهال و یا عدم پاسخ به اقدامات حمایتی در صورت رد سایر علل بخصوص عوامل عفونی ممکن است تجویز لوپرامید در نظر گرفته شود. قرص لوپرامید ۲ میلی گرمی است که ابتدا ۲ عدد و سپس به ازای هر بار دفع یک عدد مجموعا تا ۸ قرص در روز برای کوتاه مدت قابل تجویز است.
- با توجه به دفع ویروس از مدفوع، خصوصا در شرایطی که بیمار اسهال دارد، رعایت کامل نکات بهداشتی برای جلوگیری از احتمال انتقال fecal-oral بیماری اهمیت زیادی دارد

تغذیه متناسب، مایعات کافی

- اصلاح وضعیت تغذیه بیمار و کاهش باورهای غلط تغذیه ای
 - دقت کنید که مصرف مایعات بیش از حد خصوصا در سنین بالا ممکن است وضعیت اکسیژن رسانی را بدتر کند
 - غذای بیمار باید غنی از پروتئین ها، ویتامین ها و املاح معدنی باشد
 - در صورت تغذیه مناسب و استفاده کافی از میوه و سبزیجات تازه و لبنیات نیازی به مصرف مکمل نمی باشد و مصرف روتین مکمل های ویتامینی-املاح توصیه نمی شود
 - در صورت فقر تغذیه ای، مکمل ویتامین D، زینک و سلنیوم ممکن است به بهبود وضعیت سیستم ایمنی کمک کنند. توجه شود با وجود شیوع بالای کمبود ویتامین D در کشور ما، بسیاری از افراد قبلا دوزهای بالای این مکمل را دریافت کرده و یا در حال مصرف هستند. از این رو باید خطر مسمومیت با ویتامین D در نظر گرفته شود. تاریخچه مصرف مکمل از بیمار گرفته شود. در صورت منفی بودن تاریخچه، پرل ویتامین D ۵۰۰۰۰ واحدی هر هفته برای ۸ تا ۱۲ هفته می تواند تجویز شود.

تهویه محیط

- برقراری تهویه مناسب از طریق باز کردن در یا پنجره ها (بهتر است از پنکه استفاده نشود چرا که ممکن است باعث انتشار ویروس شود)

فراهم کردن حداقل امکانات حمایت روانی-اجتماعی

- تمام بیماران باید از حمایت های روانی با تکیه بر اصول بهداشت روان در جریان بیماری کووید برخوردار شوند. برای کنترل و کاهش علائمی چون بیخوابی، افسردگی یا اضطراب باید اقدامات و حمایت های متناسب صورت گیرد
- توصیه هایی برای کاهش اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به کووید-۱۹:
 - با روش های مختلف غیر حضوری و مجازی، ارتباط خود را با دوستان و اقوام حفظ کنند
 - تا جایی که می توانند از شنیدن اخبار در مورد بیماری خودداری کنند و سرگرمی های صوتی و تصویری دیگر را داشته باشند
 - سعی کنند حداقل در شبانه روز ۸ ساعت بخوابند
 - سرگرمی هایی نظیر باغبانی (در صورت دسترسی و عدم انجام فعالیت های فیزیکی سنگین) بسیار مناسب است
 - موقع خواب و استراحت، تلفن همراه خود را خاموش کنند
 - روزه فعالیت های ساده ورزشی (در منزل) داشته باشند
 - مایعات کافی بنوشند
 - در صورت امکان روش های گوناگون آرام سازی نظیر یوگا بسیار کمک کننده است. آموزش این روش های حتی بصورت مجازی امکان پذیر است

ب-درمان ضد ویروسی

اگرچه هیچ مداخله درمانی و یا داروی با اثرات ثابت شده برای این بیماری وجود ندارد ولی با در نظر گرفتن تمام احتیاطات لازم و در صورت نبود منع مصرف، کلروکین/هیدروکسی کلروکین ممکن است جهت تسکین علائم کمک کننده باشد. قبل از تجویز، منافع تجویز دارو در برابر مضرات (عوارض جانبی) در هر بیمار خاص باید سنجیده شود. توجه شود هیدروکسی کلروکین زمانی بیشترین اثرات سودمند احتمالی را خواهد داشت که به محض ظاهر شدن علائم بیماری و یا در روزهای اول بیماری شروع شود.

درمان دارویی ضد ویروسی فقط در افرادی که در معرض بروز بیماری کووید عارضه دار می باشند (گروه اول و دوم) و اندیکاسیون بستری نداشته و با در نظر گرفتن تمام احتیاطات مربوط به مصرف کلروکین می تواند در نظر گرفته شود:

رژیم درمانی سرپایی افراد در معرض خطر کووید عارضه دار :

هیدروکسی کلروکین سولفات ۲۰۰ میلی گرم یا کلروکین فسفات ۲۵۰ میلی گرم (معادل ۱۵۰ میلی گرم مقدار پایه) روز اول هر ۱۲ ساعت ۲ قرص و در ادامه هر ۱۲ ساعت یک قرص بمدت حداقل ۵ روز

بر اساس شرایط بالینی بیمار و به تشخیص پزشک (در صورت عدم بهبود علائم اولیه) کلروکین ممکن است حداکثر تا ۱۰ روز ادامه یابد^{۱۰}

ج- سایر توصیه های درمانی

- در صورت نیاز به داروهای کاهش دهنده اسیدیتة معده، **فاموتیدین** ارجح است. در بیماران کلیوی نیاز به تنظیم دوز دارد. حداکثر دوز روزانه فاموتیدین ۴۰ میلی گرم روزانه است که می تواند یکجا یا در دو دوز منقسم تجویز شود. در نارسایی کلیوی پیشرفته و بیماران دیالیزی حداکثر دوز ۲۰ میلی گرم در روز است.
- در صورتی که فرد قبلاً تحت درمان با داروهای استروئیدی قرار دارد، درمان باید ادامه یابد
- بیماران مبتلا به بدخیمی که تحت درمان با شیمی درمانی-رادیوتراپی قرار داشته باشند، بر اساس مشاوره با انکولوژیست مربوطه، درمان ادامه یابد
- بیمارانی که از قبل تحت درمان با روش های درمانی تهویه غیرتهاجمی در منزل باشند، باید به درمان خود ادامه دهند
- عموماً نیازی به تغییر داروهای مصرفی زمینه ای بیماران وجود ندارد و درمان های زمینه ای بیمار برای کنترل فشارخون، دیابت، بیماری های روماتولوژیک، روانپزشکی و ... باید با دقت بیشتری ادامه یابد.

داروهایی که نباید بطور روتین در درمان سرپایی کووید-۱۹ تجویز شود:

- داروهای ضد انعقاد
- انواع آنتی بیوتیک ها از جمله آزیترومایسین

خاطر نشان می شود **آزیترومایسین** هیچگونه اثر ضد ویروسی ثابت شده ای ندارد و با توجه به احتمال بروز مقاومت های میکروبی به دلیل مصرف بی رویه آن، توصیه می شود در صورت فقدان شک قوی از ابتلای همزمان عفونت های باکتریال **از تجویز آن اکیداً خودداری شود.**

- انواع استروئیدها
- ترکیبات Proton Pump inhibitors (PPI) نظیر امپرازول و پنتوپرازول
- انواع داروهای ناشناخته گیاهی
- انواع فرآورده های با ادعای تقویتی

^{۱۰} به " نکات کلیدی تجویز و پایش درمان سرپایی " در این راهنما دقت کنید به دلیل تداخلات دارویی کلروکین؛ لازم است قبل از تجویز این دارو تداخلات کلیه داروهای مصرفی بیمار/داروهای تجویزی دیگر بررسی شود. در صورتی که فرد از داروهایی استفاده می کند که طولانی کننده QTc باشد، تجویز کلروکین توصیه نمی شود. پر کاربرد ترین این داروها شامل متادون، سوتادول، آمیودارون، کینیدین، سولیفیناسین، تولترودین، ترفنادین، هیدروکسی زین، کلومیپیپیرامین، دوکسیپین، آمی تریپتیلین، هالوپریدولف کلروپرومازین، کوئینتاپین، ریسپریدون، دونپزیل، فلوکونازول، وریکونازول، آزیترومایسین، کلاریترومایسین، اریترومایسین، اندانسترون، گرانی سترون، دمپریدون، سیتالوپرام، آسیتالوپرام، فلوکسیتین، سیپروفلوکسازین، لووفلوکسازین می باشد

*در افراد دارای کمبود G6PD، سابقه حساسیت به دارو، مبتلایان به صرع منع مصرف دارد و نباید تجویز شود.

نکات کلیدی تجویز و پایش درمان سرپایی

- در انتخاب کلروکین از کلروکین فسفات و یا هیدروکسی کلروکین سولفات می توان استفاده نمود.
- قرص هیدروکسی کلروکین همراه غذا تجویز شود. قرص دارای پوشش نازک (FC) است. توصیه شده قرص دارای پوشش شکسته یا خرد نشود. پوشش این دارو برای محافظ در برابر شرایط محیطی است.
- با بررسی تعادل ایمنی-خطر هیدروکسی کلروکین/کلروکین در بیماران کووید-۱۹ به نظر می رسد بتوان موارد زیر را در خصوص درمان این بیماران در حال حاضر پیشنهاد کرد:
 - ارزیابی سطح آنزیم G6PD برای تجویز کلروکین تنها در بیماران با سابقه شفاف همولیز توصیه می شود و به صورت روتین در همه بیماران یا در بیمارانی که تاریخچه مبهم از کمبود آنزیم G6PD می دهند، پیشنهاد نمی شود.
 - به تداخل دارویی هیدروکسی کلروکین با سایر داروها دقت شود. خطر QT interval prolongation و بروز آریتمی وجود دارد. به وجود بیماری قلبی زمینه ای، تاکی کاردی و مصرف سایر داروها دقت شود. میوکاردیت و تاکی کاردی در درصدی از بیماران بدحال وجود دارد. بیماران نیازمند بستری در بخشهای ویژه ممکن است نیازمند دریافت آنتی بیوتیک بخاطر پنومونی باکتریال همراه نیز باشند. خاطر نشان می شود که استفاده از فلوروکینولونها بخصوص لوفلوکساسین خطر آریتمی را افزایش می دهد. لذا به دریافت سایر داروهایی که این عارضه را تشدید می کنند همانند متادون، اندانسترون، متوکلوپرامید، آزیترومايسين، کوئتیاپین و ... دقت شود. اصلاح اختلال الکترولیتی در پیشگیری از بروز آریتمی بسیار مهم می باشد. نگهداری سطح سرمی منیزیم در حدود ۳ میلی گرم در دسی لیتر و پتاسیم در حدود ۴ میلی اکی والان در لیتر توصیه می شود.
- در این افراد پس از ثبت ECG پایه، اندازه گیری روزانه فاصله QTc و فاصله PR از روی استریپ لید II توصیه می شود
- در موارد زیر تجویز کلروکین توصیه نمی شود:
 - بیماران مبتلا به Congenital long QT syndrome
 - فاصله QTs پایه بیشتر/مساوی 550ms
 - رخداد بلوک درجه دو یا بیشتر در حین درمان
 - بیمارانی که در طول درمان حداقل 60ms افزایش در فاصله QTc پیدا کنند
 - افت سطح سرمی منیزیم به کمتر از ۲ میلی گرم در دسی لیتر و پتاسیم در حدود ۴ میلی اکی والان در لیتر. پس از اصلاح پتاسیم و منیزیم به سطوح بالاتر از موارد ذکر شده امکان شروع این داروها وجود دارد

➤ جدول زیر می تواند در تصمیم گیری برای استفاده از کلروکین کمک کننده باشد:

جدول تخمین ریسک بروز QTc - prolongation ناشی از دارو (Tisdale score)

شرایط	نمره
سن بیشتر/مساوی ۶۸ سال	۱
جنس مؤنث	۱
مصرف دیورتیک های لوپ مانند فورزماید و تیازیدها	۱
پتاسیم پلاسمايي کمتر/مساوی 3/5 meq/L	۲
QTc ابتدایی بیشتر/مساوی 450 میلی ثانیه	۲
انفارکتوس حاد قلبی (30 روز اخیر)	۲
مصرف یک یا بیشتر از یک دارو که می تواند منجر به طولانی شدن QTc شود	۳
سپسیس	۳
نارسایی قلب با EF کمتر از ۴۰٪	۳

بر اساس جدول فوق اگر امتیاز کمتر/مساوی ۶ بود بعنوان کم خطر، بین ۷-۱۰ بود بعنوان خطر متوسط و بیشتر/مساوی ۱۱ بعنوان پر خطر محسوب می شود.

- شروع آنتی بیوتیک با توجه به شرایط بالینی بیمار فقط در صورت شک بالای به عفونت همزمان باکتریال، نتایج کشت و آنتی بیوگرام و در نظر گرفتن الگوی مقاومت میکروبی منطقه ممکن است در نظر گرفته شود.
- حتی بیماران بدحال اغلب نیاز به تجویز آنتی بیوتیک ندارند. غیر از بحث تداخلات و عوارض، نگران شیوع عفونتهای مقاوم بعد از اپیدمی ها باشیم.

➤ **خاطر نشان می شود که مصرف کورتیکواستروئید در عفونت های ویروسی هرگز در قدم اول توصیه نمی شود.**

- تاکید بر تغذیه سالم و استراحت کافی ضروری است
- در حال حاضر مطالعه مستندی که نشان دهد مکمل ها شامل ویتامین سی، زینک، سلنیوم، ویتامین دی، ویتامین آ، اکیناسه، کورکومین، زنجبیل، جین سینگ و ... بصورت اختصاصی نقشی در پیشگیری از ابتلا به کورونا ویروس جدید داشته باشند، وجود ندارد ولی بطور مشخص کمبود پروتئین، ویتامین دی، ویتامین سی، ویتامین A و سلنیوم در ناتوان کردن سیستم ایمنی برای مقابله با هر عفونتی دخیل هستند. پس توصیه به مصرف این مکمل ها تنها در افراد با کمبود ریز مغذی ها توصیه می شود. همواره باید مراقب اثرات سوء مصرف بیش از اندازه این مکمل ها باشیم. اغلب افراد با تغذیه سالم نیاز به مکمل ندارند

عوارض دارویی و نحوه برخورد با آنها

در مصرف داروها ممکن است عوارض زیر ایجاد شود که توجه به آنها بسیار ضروری می باشد.

شکایت اول: تهوع و استفراغ

برخی از بیماران ممکن است دچار تهوع و با شیوع کمتر استفراغ می شوند. اقدامات پیشگیری کننده که می تواند کمک کننده باشد به قرار زیر است:

- تجویز ۵ تا ۱۰ میلی لیتر شربت دیفن هیدرامین یا یک قرص دیمن هیدرینات نیم ساعت قبل از مصرف داروها
- **عدم تجویز اندانسترون یا متوکلوپرامید در این بیماران**

شکایت دوم: درد

برای کنترل درد اولین انتخاب استفاده از استامینوفن و یا NSAIDs می باشد. برای استفاده از مخدرها یا داروهای جایگزین در افراد با سابقه مصرف مواد مخدر به ضمیمه شماره ۹ این راهنما تحت عنوان "مدیریت علائم عدم دسترسی به مواد در بیماران بستری با سابقه سوء مصرف مواد" مراجعه نمائید

شکایت سوم: اضطراب و بی قراری

در صورت نیاز به تجویز آرام بخش تا جای ممکن از تجویز هالوپریدول و کوئتیاپین بصورت روتین در این بیماران اجتناب شود (خطر تداخلات دارویی و آریتمی قلبی). به عنوان آرام بخش می توان از شربت دیفن هیدرامین ۱۰ میلی لیتر خوراکی، سه بار در روز و یا قرص کلردیازپوکسید ۵ تا ۱۰ میلی گرم دو تا سه بار در روز استفاده نمود.

شکایت چهارم: تهوع و استفراغ مقاوم

در بیماران با تهوع و استفراغ شدید که امکان دریافت خوراکی دارو وجود ندارد، آمپول پرومتازین ۲۵ میلی گرم عضلانی (در صورت عدم اختلال انعقادی و ترمبوسیتوپنی) بصورت تجویز در زمان های مورد نیاز با فاصله ۶ تا ۸ ساعت قابل تجویز است. بعد از بهبود علائم و تحمل خوراکی سریعاً به قرص پرومتازین با همین دوز تبدیل شود. بطور کلی تجویز وریدی پرومتازین به علت pH اسیدی توصیه نمی شود چرا که ترکیبی ست که بسیار محرک عروق بوده و خطر ترمبوفلیت وجود دارد. فورمولاسیون ایرانی هم با خارجی متفاوت نیست. اگرچه بر روی شکل تزریقی ایرانی تزریق وریدی ذکر نشده است. در صورت ضرورت و عدم پاسخ و یا منع مصرف راه خوراکی و یا عضلانی، جهت تزریق وریدی رقیق سازی در ۵۰ تا ۱۰۰ میلی لیتر نرمال سالین و انفوزیون در عرض ۱۵ تا ۳۰ دقیقه توصیه می شود.

د- ادامه مراقبت بیماران پایش بیماران

پیگیری بیماران تا زمانی که امکان بروز علائم بیماری وجود دارد به دو شکل صورت می گیرد:

- خود غربالگری و مراجعه به مراکز درمانی در صورت بروز علائم
- باید بیماران، اعضاء خانواده و مراقبین اطلاعات کافی در مورد بیماری، علائم خطر و اصول جداسازی داشته باشند

- توسط مراقب سلامت / پرسنل بهداشتی (پیگیری تلفنی با تواتر اعلام شده)
 - در صورتی که بیمار به مراکز ۱۶ ساعته مراجعه کرده و در سامانه سیب ثبت شده باشد، پیگیری توسط مراقب سلامت صورت می‌گیرد

بیمارانی که دارای فاکتورهای خطر باشند، باید با دقت بیشتری پیگیری شوند و در مورد علائم جدید بیماری یا تشدید علائم قبلی از آنها سوال شود. بروز برخی از علائم نیازمند مداخلات اورژانسی است که باید بیمار از آن‌ها آگاه باشد (نظیر تنگی نفس، درد قفسه سینه و ...)

بیمار باید از علائم خطر اطلاع داشته باشد و به وی آموزش داده شود تا در صورت بروز این علائم به مراکز منتخب مراجعه کند.

علائم هشدار دهنده در بیماران سرپایی که نیازمند ارجاع به مراکز درمانی می‌باشند:

- سیر افزایش یافته تعداد تنفس در دقیقه، خصوصاً وقتی بیش از ۲۴ بار/دقیقه شود
- سیر پیشرونده تنگی نفس خصوصاً در زمان استراحت
- بروز سیانوز محیطی
- تغییرات هوشیاری/خواب آلودگی/گیجی
- بی‌اشتهایی بسیار شدید
- اسهال شدید که کم‌آبی ناشی از آن به درمان جایگزینی آب و الکترولیت خوراکی پاسخ ندهد
- تداوم یا تشدید تب بیش از ۳۸٫۵ درجه سانتیگراد بعد از ۵ روز

محل ارائه مراقبت بیماران سرپایی:

کلیه بیماران سرپایی اعم از افراد بدن علامت و یا بیماران خفیف که نیاز به بستری ندارند لازم است به طور کامل ایزوله شده و تحت مراقبت قرار گیرند. محل ارائه مراقبت این بیماران می‌تواند در منزل و یا نگاهتگاه‌های ویژه کووید باشد. تصمیم‌گیری در این خصوص به عوامل متعددی بستگی دارد نظیر:

- تظاهرات بالینی
- شدت بیماری
- نیاز به درمان حمایتی
- داشتن فاکتورهای خطر که می‌تواند پیش‌بینی کننده تشدید بیماری باشد
- وضعیت منزل و محل نگهداری بیمار (باید بر اساس وضعیت هر بیماری تصمیم‌گیری شود)

در موارد خفیف و گاهی متوسط (به ویژه در افراد بدون ریسک فاکتور)، عموماً محل ارائه مراقبت برای بیماران در منزل است.

اقدامات پایه جداسازی بیمار:

- بیمار را در یک اتاق تک که تهویه مناسبی داشته باشد (در و یک پنجره باز باشد) قرار دهید
- بیمار باید کمترین رفت و آمد را در فضای خانه داشته باشد و تا جای ممکن از اتاق خود خارج نشده و در فضاهای مشترک نباشد
- مطمئن باشد که فضاهای مشترک (سرویس بهداشتی، حمام و آشپزخانه) تهویه مناسبی داشته باشد. (پنجره باز باشد) و پس از استفاده توسط بیمار لوازم بهداشتی بویژه شیرآلات ضد عفونی شوند
- ترجیحا سایر اعضای خانواده باید در اتاق های مجزا باشند.
- تعداد مراقبین بیمار را به حداقل رسانده شود. ایده آل این است که فقط یک نفر از بیمار مراقبت کند که خود زمینه خطر، خصوصا بیماری های نقص ایمنی نداشته باشد
- تا زمانی که بیمار کاملا علائمش بهبود نیافته باشد، اجازه ملاقات ندارد
- شستشوی دستها اهمیت زیادی دارد و پس از هر تماس با بیمار یا محیطی که بیمار باید انجام شود
- قبل و بعد از تهیه غذا، پس از غذا خوردن، پس از استفاده از سرویس بهداشتی و هر زمانی که ممکن است دستها آلوده شده باشد شستشوی دستها ضروری است
- در صورتی که ظاهر دست ها آلوده نباشد می توان از یک محلول ضد عفونی کننده دستها با پایه الکلی استفاده نمود. در غیر اینصورت اول دستها باید با آب و صابون شسته شوند
- پس از شستن دستها آنها را با حوله کاغذی و یا حوله تمیز (که مرتبا تعویض می شوند) خشک کنید
- بیمار در اتاقی که ایزوله شده است نیاز به ماسک ندارد اما زمانی که از اتاق ایزوله خارج میشود یا افراد خانواده از جهت مراقبت وارد اتاق میشوند، بیمار باید از ماسک پزشکی استفاده کند و حداقل روزانه تعویض شود (در صورت مرطوب شدن زودتر تعویض شود)
- در صورتی که بیمار به هیچ وجه قدر به تحمل ماسک نمی باشد، حداقل موقع عطسه و سرفه باید دهان و بینی با دستمال کاغذی پوشانده و بلافاصله در سطل زباله درب دار دارای پلاستیک زباله انداخته شود و دستها شسته شود. اگر بیمار مجبور است از دستمال های پارچه ای استفاده کند، مرتبا باید دستمال ها شسته و در آفتاب خشک شود و بعد مورد استفاده مجدد قرار گیرد
- مراقبین بیمار (افراد هم خانه) نیز باید از ماسک پزشکی (معمولی) استفاده نمایند. نباید به ماسک دست زد و نحوه استفاده صحیح از ماسک باید به افراد آموزش داده شود
- در صورتی که ماسک مرطوب یا با ترشحات بیمار آلوده سریعاً باید ماسک عوض شود
- هنگام تعویض ماسک دقت شود که به قسمت جلوی ماسک نباید دست زد. ماسک استفاده شده را باید در سطل درب دار دارای پلاستیک زباله انداخته و بلافاصله دستها شسته شود

- از تماس مستقیم با ترشحات بیمار، خصوصا ترشحات دهانی و تنفسی و مدفوع بشدت خودداری شود. در این شرایط ضمن زدن از ماسک، حتما از دستکش یکبار مصرف استفاده شود و پس از در آوردن دستکش و دفع آن، دست ها شسته شود
- هرگز نباید از ماسک و دستکش استفاده شده، مجددا استفاده شود
- ظروف غذاخوری و ملافه های بیمار باید اختصاصی خود بیمار بوده، مرتبا شستشو و تعویض شود
- روزانه تمام سطوح در تماس اتاق بیمار نظیر رختخواب، میز و صندلی و کمد های اطراف آن شستشو/تمیز و ضد عفونی شود
- برای تمیز کردن لباس ها، ملحفه ها و وسایل بیمار ابتدا باید از آب و شوینده های مناسب استفاده نمود و متناسب با هر کدام برای ضد عفونی کردن از محلول های سفید کننده خانگی (رقیق شده به نسبت یک به ۱۰) استفاده نمود
- سرویس بهداشتی و حمام نیز باید روزانه شستشو و با محلول هیپوکلریت سدیم 0.1% (سفید کننده های خانگی) ضد عفونی شوند
- ملحفه های آلوده و مرطوب بیمار هنگام جمع کردن نباید تکانده شود. لباس ها، حوله و ملحفه های بیمار را می توان با دمای (140-194 °F) (60-90 °C) با ماشین لباسشویی شسته و به روش معمول خشک کرد.

توجه!

افرادی که مبتلا به بیماری های زمینه ای نظیر دیابت، فشارخون ، ... می باشند، باید از نظر احتمال عدم کنترل یا تشدید بیماری زمینه ای مورد توجه قرار گیرند و در صورت لزوم مشاوره با متخصصین مربوطه صورت گیرد. در حقیقت یکی از مهمترین علل بستری مبتلایان به کووید-۱۹ در هر مرحله از این بیماری، عوارض ناشی از بیماری های زمینه ای نظیر افزایش شدید فشارخون، کتواسیدوز دیابتی و ... می باشد

خدمات تشخیص و درمان بیماران بستری

شرایط بستری در بیمارستان

پس از ارجاع بیمار به بیمارستان، بر اساس معاینات بالینی و بررسی های انجام شده، برای بستری وی تصمیم گیری خواهد شد.

اندیکاسیون بستری

توجه به نکات زیر به منظور تصمیم گیری برای بستری بیماران در بیمارستان ضروری است:

۱. سطح اشباع اکسیژن کمتر از ۹۰٪ (***) ($SpO_2 < 90\%$) و نیاز به حمایت تنفسی (شامل اکسیژن درمانی)
۲. کاهش سطح هشیاری،
۳. افت فشار خون (فشار سیستولیک کمتر از ۹۰mmHg)،

۴. تداوم دهیدراتاسیون و عدم تحمل خوراکی پس از درمان های حمایتی سرپایی
پزشک معالج براساس بیماری های زمینه ای، شرایط بالینی و یافته های پاراکلینیک بیمار می تواند نسبت به بستری بیمار اقدام نماید. (ریسک اسکورینگ)

*** قضاوت بالینی پزشک در مورد سطح اشباع اکسیژن کمتر از ۹۰٪ برای بستری بیمار، بر اساس شرایط بالینی بیمار و بیماری های زمینه ای وی صورت می گیرد.

خاطر نشان می شود که در صورتی که بیمار ارجاعی اندیکاسیون بستری نداشته ولی واجد شرایط درمان سرپایی باشد، طبق دستورالعمل دریافت داروی سرپایی در قالب فرم درخواست دارویی سرپایی خواهد بود (بیمارستان های منتخب، مجوز تجویز داروی سرپایی دارند).

نحوه پذیرش و روند بستری بیمار در بیمارستان (Patient Flow)

بیمارانی که توسط مراکز سرپایی به بیمارستان های منتخب ارجاع شده اند و یا مستقیم به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده اند مشکوک به کووید بوده و اندیکاسیون بستری را دارند، تا زمان تعیین تکلیف نهایی و انجام ارزیابی های پاراکلینیک و تصویر برداری در واحد ایزوله کرونا تحت نظر خواهند بود و خدمات حمایتی لازم را دریافت می کنند. در صورت تایید تشخیص (تشخیص قطعی با پاسخ مثبت تست مولکولی) یا تأیید بالینی (یافته های مطرح کننده کووید-۱۹ در سی تی اسکن) و زمانی که به تشخیص پزشک معالج شک قوی به کووید-۱۹ وجود دارد، به بخش کووید-۱۹ منتقل می شوند. در این بخش لازم است به بیماریهای زمینه ای بیمار نیز توجه کافی مبذول شده و در صورت نیاز، مشاوره های تخصصی برای بیماریهای زمینه ای داده شود.

در صورت تداوم علائم زیر و با تشخیص و صلاحدید پزشک معالج، بیمار ممکن است نیازمند مراقبت در بخش ویژه باشد:

- هیپوکسمی مقاوم به درمان غیر تهاجمی
- کاهش سطح هوشیاری

- ناپایداری همودینامیک
- هیپرکپنیا-خستگی تنفسی

فاکتورهایی که می تواند در زمان بستری پیش بینی کننده بیماری شدید کووید-۱۹ باشد شامل موارد زیر است:

جدول شماره ۱: فاکتورهای پیش بینی کننده پیشرفت بیماری در فرد بستری

علائم حیاتی و یافته های بالینی
<ul style="list-style-type: none"> • تعداد تنفس بیش از ۳۰ بار در دقیقه • تعداد ضربان قلب بیش از ۱۲۵ بار در دقیقه (متناسب با افزایش سن این عدد پایین تر در نظر گرفته می شود) • SpO2 کمتر از ۹۰٪ علیرغم دریافت اکسیژن (در صورت وجود بیماری زمینه ای تنفسی، قضاوت متفاوت خواهد بود) • افت فشارخون کمتر از 90mmHg • افزایش capillary filling به بیش از سه ثانیه • تشدید علائم بالینی/اختلالات انعقادی و تمایل به خونریزی • بروز یا پیشرفت کاهش سطح هشیاری • الیگوری
یافته های آزمایشگاهی و تصویر برداری
<ul style="list-style-type: none"> • LDH>2×ULN^{۱۱} • Progressive lymphopenia (especially less than 500) • PT, PTT, INR >ULN • CRP>2×ULN especially >100 • High ferritin (Ferritin > 500 ug/L) • D-dimer>1000 ng/ml^{۱۲} • CPK>2×ULN • Elevated troponin

این بیماران نیازمند به اقدامات مراقبتی ویژه و در صورت لزوم مشاوره های تخصصی متناسب با علائم بیمار می باشند. فاصله مانیتور عملکرد ارگانها باید کمتر شده و اقدامات حمایتی و درمان اختصاصی تر انجام شود. در صورت نیاز، اقدامات

¹¹ ULN: Upper Limit of Normal

¹² D-dimer convert units: 0.۰mg/l =500ng/ml

مراقبتی بیماران بسیار شدید/بحرانی مطابق ضمیمه "مدیریت مراقبت و درمان مبتلایان به کووید-۱۹ در ICU" باید انجام شود.

اقدامات پایه در بیماران بستری

در بیماران بستری یکی از مهمترین اقدامات برای حفظ جان بیماران، تامین اکسیژن است که باید در برنامه درمانی بیماران به صورت ویژه به روی آن تمرکز شود. درحقیقت در مراحل شدید و بحرانی، بیمار نمی تواند با تنفس معمول اکسیژن کافی را به خون وارد کند و به این ترتیب بافت های بدن از اکسیژن مورد نیاز خود محروم شده و ادامه این روند منجر به نارسائی ارگان و مرگ می شود.

برای آشنایی بیشتر با انواع نارسایی تنفسی، مفاهیم مرتبط با اکسیژن، هیپوکسمی و اکسیژن درمانی می توانید به ضمیمه شماره ۹ مراجعه نمائید

آزمایش های توصیه شده برای موارد بستری

از جمله اقداماتی که در بیماران بستری انجام می شود، ارسال آزمایشاتی است که بر اساس نتایج حاصله، بتوان به هنگام ترین مداخلات درمانی را انجام داد.

آزمایشات بیماران مشکوک به کووید-۱۹ عمدتاً به دو دسته تقسیم می شوند:

- آزمایشاتی که برای تشخیص بیماری کووید-۱۹ ارسال می شود
- آزمایشاتی که برای ارزیابی شدت بیماری و سیر بالینی توصیه می شود

خاطر نشان می شود که نظیر سیر بیماری، در بسیاری از موارد، سیر آزمایشات بیمار برای تصمیم گیری های درمانی بیمار تعیین کننده می باشد. برای مثال می توان به سیر نزولی لنفوپنی در بیماران اشاره نمود.

به همین دلیل زمان درخواست آزمایش ها و نیز تکرار آن، نقش مؤثری در تصمیم گیری های درمانی پزشک معالج خواهد داشت.

در جدول شماره ۲ آزمایشات لازم بعنوان آزمایشات زمان بستری، موارد مورد نیاز برای تعیین پیش آگهی احتمالی، ارزیابی احتمال پیشرفت بیماری و ارزیابی عملکرد ارگان های داخلی بدن پیشنهاد شده است.

بدیهی است که در نهایت درخواست آزمایش بر مبنای تصمیم گیری بالینی پزشک معالج خواهد بود

جدول شماره ۲: آزمایشات بیماران بستری در بیمارستان

آزمایش های روتین	
روز اول بستری (درخواست این آزمایشات و تکرار آن می تواند بر اساس نیاز فرد و به صلاحدید پزشک و متناسب با بیماری زمینه ای فرد نیز باشد):	<ul style="list-style-type: none"> • CBC • ESR • Quantitative CRP • BUN/Cr, ALP, SGPT, CPK, SGOT • P, K, Na, Mg, Ca, BS • LDH • Ferritin (در صورت دسترسی) • ECG (اولیه به عنوان پایه تا در مورد ادامه سیر بیماری یا عوارض دارویی بتوان قضاوت کرد- اندازه QT در پرونده بیمار ثبت شود)
آزمایشات زیر بر اساس شرایط بالینی بیمار (شدت بیماری) ممکن است درخواست و/یا تکرار شود:	<ul style="list-style-type: none"> • ABG, Ferritin, LDH, D-dimer
در صورت بروز علائم نارسایی حاد کلیوی (افزایش کراتینین سرم بیش از 0.3 از حد پایه)	<ul style="list-style-type: none"> • U/A • BUN/Cr • Pr/Cr ادرار
آزمایشات زیر در صورت صلاحدید پزشک و امکان دسترسی ممکن است درخواست شود:	<ul style="list-style-type: none"> • Fibrinogen • IL6 • NT-proBNP • INR, PTT, PT
در صورت الزام بالینی	
	<ul style="list-style-type: none"> • کشت خون در صورت شک به عفونت باکتریال • Procalcitonin (شک به عفونت ثانویه باکتریال) • بتا HCG برای زنان در سنین باروری • تست های تشخیصی HBV, HCV

مدیریت مراقبت و درمان موارد بستری

مطابق دسته بندی بیماران بر مبنای سیر بیماری افراد در فاز "ریوی متوسط"، "فاز ریوی شدید" و "فاز تشدید التهاب - خیلی شدید" واجد شرایط دریافت خدمات به شکل بستری هستند.

۱. فاز ریوی متوسط

اقدامات تشخیصی

الف - تست های تشخیصی کووید-۱۹: برای تمام موارد بستری تست مولکولی باید درخواست شود.

ب- تست تشخیصی کووید -۱۹ سرولوژی (IgG, IgM): در حال حاضر توصیه نمی شود.

ج- سایر آزمایش ها: بر اساس شرایط بالینی بیمار و مطابق جدول شماره ۲ می تواند توصیه شود

د- اقدامات تصویر برداری: اقدامات تصویر برداری (رادیوگرافی ریه / CT scan ریه) توصیه می شود و در ارزیابی وضعیت بیماری کمک کننده است.

اقدامات مراقبت و درمان

اقدامات توصیه شده برای این بیماران شامل موارد زیر می باشد:

- اکسیژن درمانی مهمترین اقدام است و باید با نظارت دقیق انجام شود. هر یک ساعت ارزیابی صورت گیرد و در صورت عدم پاسخ بیمار، برای بهبود وضعیت اکسیژن رسانی به بیمار تصمیم گیری شود. ارجحیت با High flow nasal Canula and NIV می باشد
- اصلاح آب و الکترولیت و سایر درمان های حمایتی مورد نیاز
- رعایت اصول بهداشت فردی (شستشوی دست ها، ماسک و ...)
- جداسازی از سایرین و رعایت فاصله گذاری فیزیکی تا زمان لازم
- پایش دقیق افراد از نظر تشدید علائم و درمان های حمایتی برای ارگانهای مختلف
- بطور کلی آنتی بیوتیک در درمان کووید-۱۹ ضرورتی نداشته و توصیه نمی شود. در بیماران با شک به CAP^{۱۳} و سایر علل عفونی، برای تجویز آن تصمیم گیری شود

خاطر نشان می شود در حال حاضر هیچ مداخله درمانی و یا داروی ضد ویروسی با اثرات ثابت شده قطعی برای این بیماری وجود ندارد. تیم تدوین کننده راهنما با پیگیری مستمر نتایج کارآزمایی های بالینی و گزارش های حاصله از آنها در بازنگری های آتی تغییرات درمانی را اعمال خواهد نمود.

¹³ Community Acquired Pneumonia

داروهای ضد ویروسی شامل رمدسیویر، فاویپیراویر، مهارکننده های پروتئاز نظیر لوپیناویر/ریتوناویر و آتازاناویر:

با استناد به شواهد موجود تا زمان انتشار این ویرایش از پروتکل کشوری، اثربخشی داروهای ضد ویروسی در کاهش مرگ و میر بیماران بستری ثابت نشده است^{۱۴}. اگر چه برخی از این داروها باعث کاهش دوره علایم بالینی در بیماران کووید-۱۹ بستری شده اند ولی با در نظر گرفتن طراحی و محدودیت مطالعات، هزینه های بالا، محدودیت دسترسی، عوارض و نیاز به پایش حین درمان، توصیه ای جهت تجویز این داروها در بیماران بستری وجود ندارد. هنوز سوالات بی پاسخ بسیاری در ارتباط با جمعیت هدف، بهترین زمان شروع، طول مدت درمان، اثربخشی و داروهای همراه وجود دارد.^{۱۵، ۱۶ و ۱۸}

در حال حاضر داروهای زیر با امکان اثربخشی نسبی وجود دارند که با توجه به پیشنهاد کمیته علمی کشوری برای بیماران بستری ممکن است در نظر گرفته شود:

- اینترفرون بتا-۱ بی (IFN β -1b) ۲۵۰ میکروگرم بصورت تزریق زیرجلدی یکروز در میان به تعداد 5-7 دوز

یا

- اینترفرون بتا-۱ ای (IFN β -1a) ۴۴ میکروگرم بصورت تزریق زیر جلدی یکروز در میان به تعداد 5-7 دوز

و

درمان پیشگیرانه ضد انعقادی در بیماران بستری به شرح زیر توصیه می شود:

- Heparin 5000IU SC TDS
○ BMI \geq 40: Heparin 7500 IU SC TDS

یا

- Enoxaparin 40 mg SC once daily
○ BMI \geq 40: Enoxaparin 40 mg SC BID

¹⁴ BMJ2020;370:m2980 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m2980>

¹⁵ Effect of Remdesivir vs Standard Care on Clinical Status at 11 Days in Patients With Moderate COVID-19. A Randomized Clinical Trial. JAMA. doi:10.1001/jama.2020.16349 Published online August 21, 2020.

¹⁶ Efficacy of Remdesivir in COVID-19, Erin K. McCreary, PharmD; Derek C. Angus, MD, MPH, JAMA : August 21, 2020. doi:10.1001/jama.2020.16337

¹⁷ بررسی ایمنی و اثربخشی رژیم دارویی «فاویپیراویر، هیدروکسی کلروکین» در مقایسه با «لوپیناویر/ریتوناویر، هیدروکسی کلروکین» بر روی نیاز به درمان در بخش مراقبت های ویژه در بیماران بستری مبتلا به کوید-۱۹؛ یک مطالعه تصادفی شده، چند مرکزی، دو گروه موازی، کورنشده (قانعی و همکاران)، قبل از چاپ

¹⁸ Assessment of Evidence for COVID-19-Related Treatments: Updated 7/16/2020, ASHP COVID-19 Resource Center

نقش تجویز کورتیکواستروئید در درمان کووید-۱۹

با استناد به شواهد موجود، در صورت تجویز در زمان مناسب و استفاده از دوز صحیح، کورتیکواستروئیدها در بیماران بستری نیازمند حمایت تنفسی ممکن است در کاهش مرگ و میر کمک کننده باشند.

اعضای کمیته علمی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی پیشنهاد می کنند صرفاً در صورت پیشرفت علائم بیمار و تداوم نیاز به اکسیژن علی‌رغم درمان های حمایتی و $SpO_2 < 90\%$ ، کورتیکواستروئید می تواند با دوز پایین تجویز شود :

دگزامتازون تزریقی وریدی 8 mg روزانه برای مدت حداکثر ۱۰ روز

یا

قرص پردنیزولون خوراکی 0.5mg/kg برای مدت حداکثر ۱۰ روز (قرص پردنیزولون به شکل ۵ و ۵۰ میلی گرم موجود است). می توان تمام دوز روزانه را بعد از صبحانه تجویز نمود

استفاده از دوزهای بالاتر و پالس تراپی، بر اساس قضاوت بالینی و شرایط بیمار خواهد بود

(نکته مهم: دوزهای بالاتر دگزامتازون نه تنها اثربخشی بیشتری در این مرحله از بیماری ندارد بلکه ممکن است اثرات سوء نیز داشته باشد. تزریق وریدی باید آهسته انجام شود. قرص دگزامتازون نیم میلی گرمی می باشد و با توجه به دوز توصیه شده، تجویز این تعداد قرص به شکل خوراکی توصیه نمی شود. در بیماران با تحمل گوارشی و همودینامیک پایدار می توان از پردنیزولون خوراکی با دوز معادل استفاده نمود)

۲. فاز ریوی شدید

اقدامات تشخیصی

الف - تست مولکولی (RT-PCR) کووید-۱۹: در صورتی که از شروع بیماری تا این زمان ارسال نشده باشد

ب- تست سرولوژی (IgG, IgM) کووید-۱۹: توصیه نمی شود

ج- سایر آزمایشات: بر اساس شرایط بالینی بیمار و مطابق جدول شماره ۲ می تواند توصیه شود

همان گونه که در جدول اشاره شده است، درخواست آزمایشات زیر بر اساس شرایط بالینی بیمار ممکن است صورت گیرد و با تواتر مناسب تکرار شود.

• ABG, ALT, AST, Ferritin, LDH, D-dimer

درخواست آزمایشات زیر در صورت صلاحدید پزشک و امکان دسترسی ممکن است صورت گیرد:

• NT-proBNP, IL6, Fibrinogen

د- توصیه های رادیولوژیک:

اقدامات تصویر برداری (رادیوگرافی ریه / CT scan ریه) توصیه می شود و در ارزیابی وضعیت بیماری کمک کننده است

اقدامات مراقبت و درمان

اقدامات توصیه شده برای این بیماران شامل موارد زیر می باشد:

- اکسیژن درمانی که باید به دقت انجام شود. این کار در حقیقت مهمترین اقدام درمانی است و باید با نظارت دقیق انجام شود. هر یک ساعت ارزیابی صورت گیرد و در صورت عدم پاسخ بیمار، برای بهبود وضعیت اکسیژن رسانی به بیمار تصمیم گیری شود. ارجحیت با High flow nasal Canula and NIV می باشد
- اصلاح آب و الکترولیت و درمان های حمایتی مورد نیاز
- پایش دقیق افراد از نظر تشدید علائم و درمان های حمایتی برای ارگانهای مختلف
- بطور کلی آنتی بیوتیک برای درمان کووید-۱۹ ضرورتی ندارد و توصیه نمی شود. در بیماران با شک به عفونت های باکتریال تنفسی و سایر علل عفونی برای تجویز آن تصمیم گیری شود
- رعایت بهداشت فردی در بیماران بستری و جداسازی از سایرین و رعایت فاصله گذاری اجتماعی تا زمان مقرر
- پایش دقیق افراد از نظر تشدید علائم بیماری

خاطر نشان می شود در حال حاضر هیچ مداخله درمانی و یا داروی با اثرات ثابت شده قطعی برای این بیماری وجود ندارد. تیم تدوین کننده راهنما با پیگیری مستمر نتایج کارآزمایی های بالینی و گزارشات حاصله از آنها، در بازنگری های آتی تغییرات درمانی را اعمال خواهد نمود.

در حال حاضر داروهای زیر با امکان اثربخشی بالینی وجود دارد که با توجه به پیشنهاد کمیته علمی کشوری برای بیماران بستری قابل تجویز می باشد:

- اینترفرون بتا-۱ بی (IFN β -1b) ۲۵۰ میکروگرم بصورت تزریق زیرجلدی یکروز در میان به تعداد 5-7 دوز
یا
- اینترفرون بتا-۱ ای (IFN β -1a) ۴۴ میکروگرم بصورت تزریق زیر جلدی یکروز در میان به تعداد 5-7 دوز
و
- دگزامتازون تزریق وریدی 8mg روزانه برای مدت حداکثر ۱۰ روز
یا

- قرص پردنیزولون خوراکی ۰,۵ mg/kg برای مدت حداکثر ۱۰ روز

استفاده از دوز های بالاتر کورتون و درمان پالس، بر اساس قضاوت بالینی پزشک معالج و شرایط بیمار خواهد بود
می باشد

و

- شروع درمان پیشگیرانه ضد انعقادی:

Heparin 5000IU SC TDS ○

BMI≥40: Heparin 7500 IU SC TDS ■

یا

Enoxaparin 40 mg SC once daily ○

BMI ≥ 40: Enoxaparin 40 mg SC BID ○

۳. فاز بحرانی

تست های تشخیصی

الف- تست مولکولی (RT-PCR) کووید-۱۹: در صورتی که از شروع بیماری تا این زمان ارسال نشده باشد

ب- تست سرولوژی (IgG, IgM) کووید-۱۹: توصیه نمی شود.

ج- سایر آزمایشات:

بر اساس شرایط بالینی بیمار و مطابق جدول شماره ۲ می تواند توصیه شود

همان گونه که در جدول اشاره شده است، درخواست آزمایشات زیر بر اساس شرایط بالینی بیمار ممکن است صورت گیرد. نکته مهم تواتر انجام تست ها در صورت نیاز است

• ABG, ALT, AST, Ferritin, LDH, D-dimer

درخواست آزمایشات زیر در صورت صلاحدید پزشک و امکان دسترسی ممکن است صورت گیرد:

• NT-proBNP, IL6, Fibrinogen

د- توصیه های رادیولوژیک:

• اقدامات تصویر برداری (رادیوگرافی ریه / CT scan ریه) توصیه می شود و در ارزیابی وضعیت بیماری کمک کننده است

اقدامات مراقبت و درمان

اقدامات توصیه شده برای این بیماران شامل موارد زیر می باشد:

- در این مرحله بیمار نیازمند مراقبت های ویژه می باشد و مراقبت های تنفسی بر اساس راهنمای مربوطه باید ارائه شود. این بیماران ممکن است نیازمند حمایت تنفسی تهاجمی (Mechanical ventilation) باشند (ارجاع به بخش مراقبت در ICU این راهنما)
- اصلاح آب و الکترولیت و درمان های حمایتی مورد نیاز
- پایش دقیق افراد از نظر تشدید علائم و درمان های حمایتی برای ارگانهای مختلف
- آنتی بیوتیک بطور روتین برای درمان کووید-۱۹ ضرورتی ندارد و توصیه نمی شود. در موارد مورد نیاز بیماران برای تجویز آن بر مبنای نظر پزشک متخصص تصمیم گیری شود
- رعایت بهداشت فردی در بیماران بستری و جداسازی از سایرین و رعایت فاصله گذاری فیزیکی تا زمان لازم

خاطر نشان می شود در حال حاضر هیچ مداخله درمانی و یا داروی با اثرات ثابت شده قطعی برای این بیماری وجود ندارد. تیم تدوین کننده راهنما با پیگیری مستمر نتایج کارآزمایی های بالینی و گزارشات حاصله از آنها، در بازنگری های آتی تغییرات درمانی را اعمال خواهد نمود.

توصیه درمانی برای بیمارانی که در این مرحله مراجعه کرده اند:

- دگزامتازون تزریقی وریدی 8mg روزانه برای مدت حداکثر ۱۰ روز

استفاده از دوز های بالاتر کورتون و درمان پالس، بر اساس قضاوت بالینی پزشک معالج و شرایط بیمار خواهد بود

و

- شروع درمان پیشگیرانه ضد انعقادی (با دوز متوسط توصیه می شود):

Heparin 7500 IU SC TDS ○

یا

Enoxaparin 40 mg SC BID ○

سایر روش های درمانی:

استفاده از Convalescent plasma تنها در قالب کار آزمایی های بالینی ثبت شده کشوری یا دانشگاهی صورت می گیرد.

استفاده از سایر داروها و یا روش های درمانی تا زمان نهایی شدن نتایج مطالعات بین المللی در مورد هزینه اثربخشی این اقدامات، تنها در قالب پروژه تحقیقاتی به صورت کار آزمایشی های بالینی ثبت شده کشوری صورت می گیرد.

هر گونه رژیم های درمانی دیگر، تنها در قالب مطالعات کارآزمایی بالینی ثبت شده و پس از تصویب در کمیته علمی کشوری کرونا، اخذ مجوز کمیته اخلاق دانشگاه و پس از تامین منابع مورد نیاز می تواند در مراکز درمانی اجرا شود. مراکز درمانی مجری کارآزمایی های بالینی موظفند نتایج را در اختیار کمیته علمی کشوری کرونا قرار دهند. لیست کارآزمایی های بالینی ثبت شده در سایت IRCT.ir قابل دستیابی است.

تجویز داروهای آنتی کواگولانت در بیماران مبتلا به عفونت کووید-۱۹

در مبتلایان به بیماری کووید ۱۹ نوعی از اختلال انعقادی دیده می شود که تحت عنوان کووید کواگولوپاتی شناخته میشود. در این نوع اختلال انعقادی افزایش سطح مارکرهای التهابی و فیبرینوژن و دی دایمر دیده میشود و در ابتدای تظاهر، اختلال در تست های PTT، PT و شمارش پلاکتی ناشایع است. این نوع اختلال انعقادی با بروز حوادث ترومبوآمبولی همراه است. وجود شواهد انعقاد منتشر داخل عروقی با پیش آگهی نامطلوب در این بیماران همراه می باشد. در مطالعات نشان داده شده است که استفاده از پروفیلاکسی با انوکسپارین یا هپارین در موارد شدید بیماری کووید-۱۹ یا بیمارانی که سطح دی دایمر بیشتر از ۶ برابر نرمال دارند باعث کاهش مرگ و میر شده است.

در این زمینه رعایت موارد زیر حائز اهمیت است:

۱. در درمان بیماران سرپایی مبتلا به کوید ۱۹ مصرف آسپیرین یا داروی آنتی کواگولانت توصیه نمی شود.
۲. در تمام بیمارانی که در بیمارستان بستری می شوند، پس از ارزیابی خطر خونریزی پروفیلاکسی دارویی به وسیله انوکسپارین یا هپارین توصیه می شود.
۳. در انتخاب دوز و نوع داروی ضدانعقاد پروفیلاکسی میزان خطر خونریزی، عملکرد کلیوی، شمارش پلاکتی و وزن بیمار باید مورد توجه قرار گیرد.
۴. در کلیه بیماران بستری در بیمارستان که شرایط بالینی **critical** ندارند (در بخش های مراقبت ویژه بستری نیستند) پس از ارزیابی خطر خونریزی دوز استاندارد پروفیلاکسی آنتی کواگولانت توصیه میگردد.

a. Heparin 5000IU SC TDS

BMI \geq 40: Heparin 7500 IU SC TDS •

یا

b. Enoxaparin 40 mg SC once daily

BMI \geq 40: Enoxaparin 40 mg BID •

۵. در بیمارانی که شرایط بالینی **critical** دارند (در بخش های مراقبت ویژه بستری می باشند) ، پروفیلاکسی با دوز متوسط آنتیکواگولانت توصیه میشود. دوز متوسط عبارت است از: انوکساپارین ۶۰ میلی گرم یک بار در روز و یا هپارین ۷۵۰۰ واحد سه بار در روز زیر جلدی.
۶. تغییر دوز داروی آنتی کواگولانت پروفیلاکسی صرفاً بر اساس عدد دی دایمر توصیه نمی شود
۷. در بیمارانی که تست های انعقادی مختل دارند در صورتی که خونریزی فعالی وجود نداشته باشد، آنتی کواگولانت پروفیلاکسی توصیه می شود و تنها در صورت بروز شمارش پلاکتی کمتر از ۲۵ هزار در میکرولیتر و یا فیبرینوژن کمتر از ۵۰ میلی گرم در دسی لیتر آنتی کواگولانت قطع می گردد.
۸. در بیمارانی که منع مصرف داروهای آنتی کواگولانت دارند، استفاده از روش های پروفیلاکسی مکانیکال مانند **compression stocking** توصیه میشود.
۹. بیمارانی که به علل مدیکال دیگری تحت درمان با آسپیرین هستند ، پس از بستری به علت کوید ۱۹ ادامه آسپیرین توصیه می شود.
۱۰. بیمارانی که به عللی مانند ترومبوآمبولی یا فیبریلاسیون دهلیزی تحت درمان با دوز درمانی داروهای آنتی کواگولانت هستند در صورت پلاکت کمتر از ۳۰ تا ۵۰ هزار در میکرولیتر (شمارش پلاکتی کمتر از ۵۰۰۰۰ برای هپارین و کمتر از ۳۰۰۰۰ برای هپارین های با وزن ملکولی کم) یا فیبرینوژن کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر ، قطع یا ادامه داروی ضد انعقاد با توجه به شرایط بیمار و تعیین ریسک ترومبوز و خونریزی در بیمار توسط تیم معالج تصمیم گیری می شود.
۱۱. در صورت شواهدی به نفع ترومبوآمبولی طبق روش تشخیص و درمان استاندارد اقدام گردد.
۱۲. مواردی که تجویز داروهای ضد انعقاد خون بدون انجام تستهای تشخیصی پیشنهاد می گردد عبارتند از:
 - بیمارانی اینتوبه که به صورت ناگهانی دچار شواهد بالینی (مثلاً کاهش اشباع اکسیژن) و آزمایشگاهی ترومبو آمبولی می شوند.
 - وجود علائم بالینی منطبق بر ترومبوز مانند ترومبوفلیت سطحی یا ایسکمی و سیانوز محیطی یا ترومبوز فیلتر و یا کاتتر دیالیز یا وجود پورپورای مشبک (**retiform purpura**) در اندامها
 - در بیمارانی با نارسایی تنفسی به خصوص وقتی دی دایمر و یا فیبرینوژن بسیار بالا باشد علت دیگری مانند سندروم زجر تنفسی حاد یا اورلود توجه کننده علائم بیمار نباشد و ترومبوآمبولی بسیار مورد ظن باشد.
 - بیمارانی که تحت درمان با **ECMO**^{۱۹} یا **CRRT**^{۲۰} قرار می گیرند.

¹⁹ Extracorporeal membrane oxygenation

²⁰ Continuous Renal Replacement Therapies

۱۳. استفاده از انتی کواگولانت پروفیلاکسی بعد از ترخیص از بیمارستان به صورت روتین توصیه نمی شود. ولی در بیماران زیر در صورتیکه خطر خونریزی ناشی از مصرف انتی کواگولانت زیاد نباشد، ادامه انتی کواگولانت پروفیلاکسی بعد از ترخیص به مدت دو تا ۴ هفته توصیه می شود.

الف) بیمارانی که در بخش مراقبت ویژه برای چندین روز اینتوبه و sedate شده اند.

ب) بیمارانی که در زمان ترخیص ریسک فاکتور ترومبوز دارند (مانند کانسر، کاهش تحرک، ضعف مفرط عضلانی)

عوارض کلیوی در بیماری کووید-۱۹

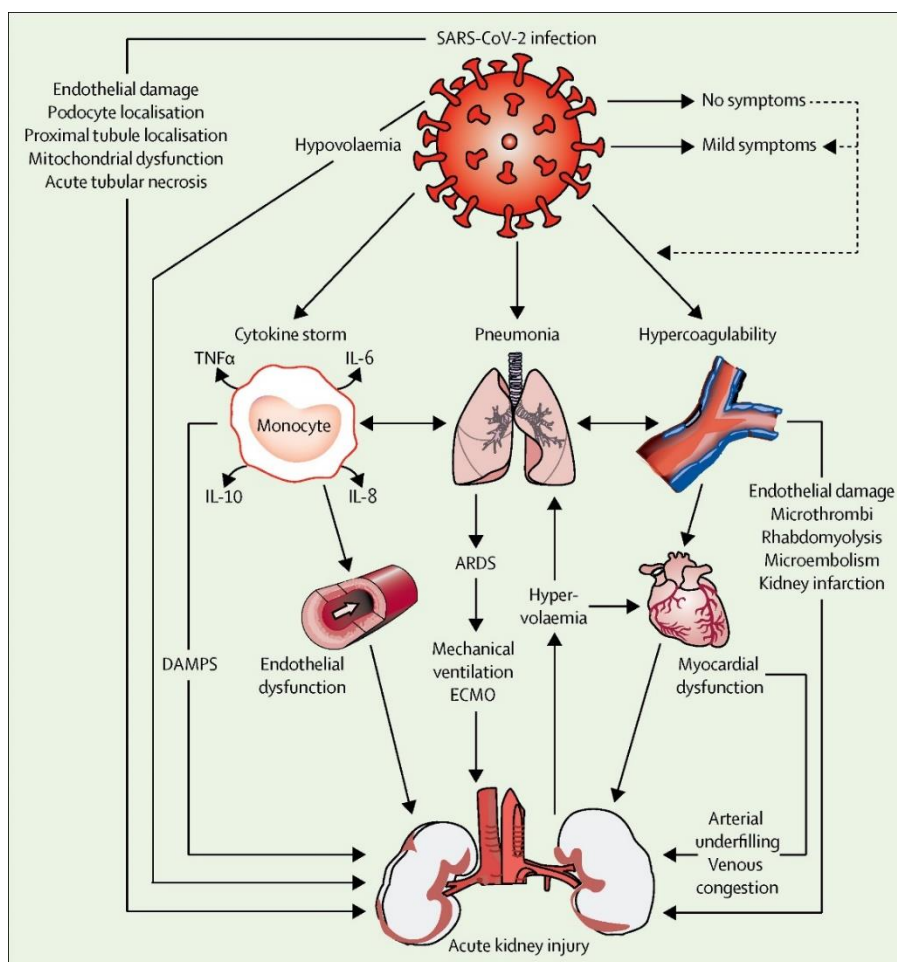
شیوع نارسایی حاد کلیه (AKI) در عفونتهای SARS و MERS حدود ۱۵-۵٪ و میزان مرگ و میر ۹۰-۶۰٪ گزارش شده است در مطالعات اولیه خطر AKI در عفونت COVID-19 کم و حدود ۸-۳٪ بوده است ولی در مطالعات بعدی شیوع AKI تا ۳۷ درصد گزارش شده است. یک مطالعه کوهورت آینده نگر بزرگ در حدود ۷۰۰ بیمار در چین انجام شد که ۴۴ درصد بیماران مبتلا به عفونت COVID-19 در موقع بستری پروتئینوری داشتند و در حدود ۲۶ درصد آنها هم هماچوری مشاهده گردید. در حدود ۱۳ تا ۱۴ درصد از بیماران افزایش اوره و کراتینین و کاهش eGFR به کمتر از ۶۰ میلی لیتر در دقیقه به ازای 1.73 m^2 سطح بدن دیده شد. در این مطالعه، نارسایی حاد کلیه (AKI) در ۵٪ موارد مشاهده گردید در ضمن AKI موجب افزایش خطر مرگ و میر در بیمارستان نیز بود. از طرف دیگر در سایر مطالعات در مبتلایان به ARDS شیوع AKI بالاتر (۲۵٪) بوده و موجب بدتر شدن پیش آگهی و افزایش خطر مرگ و میر در این بیماران گردیده است. در گزارشی که در بیش از دو هزار بیمار مبتلا به COVID-19 از ایتالیا آمده است شیوع نارسایی حاد کلیه در افراد مبتلا به ARDS حدود ۲۸٪ می باشد. معهذرا در گزارشات اخیر شیوع درگیری کلیوی بالاتر بوده است در یک مطالعه در روز اول بستری ۳۴٪ از بیماران با عفونت COVID-19 آلبومینوری شدید داشته و ۶۳٪ آنها در مابقی روزهای بستری در بیمارستان دچار پروتئینوری شده اند. BUN در ۲۷٪ کل افراد و در دو سوم بیمارانی که فوت شدند بالا بوده است. شیوع AKI با شدت بیماری ارتباط دارد به طوری که در بیمارانی که تحت مکانیکال ونتیلاتور قرار می گیرند تا ۹۰٪ ولی در بیمارانی که وضعیت بحرانی ندارند شیوع کمتری داشته و تا ۲۲٪ ذکر شده است. پره دیکتورهای AKI شامل سن بالا، دیابت، هیپرتانسیون، بیماری قلبی و عروقی، مکانیکال ونتیلاسیون و استفاده از داروهای وازوپرسور می باشد.

هیپوکالمی یکی از یافته های شایع در مبتلایان به عفونت COVID-19 به خصوص در موارد شدید می باشد در یک مطالعه ۹۳٪ بیمارانی که در ICU بستری شده بودند در موقع بستری هیپوکالمی داشته اند. علل این عارضه افزایش کالیورزیس ناشی از افزایش آنژیوتانسین II، اسهال و داروها می باشد.

مکانیسمهایی که برای درگیری کلیه در عفونت COVID-19 مطرح شده است مولتی فاکتوریال بوده و عبارتند از: سایتوتوکسیسیتی مستقیم ویروس روی سلولهای اندوتلیال کلیه، رابدومیولیز، هیپوپرفیوزن کلیه، آسیب مستقیم کلیه توسط سایتوکاینها در سندروم طوفان سایتوکاینی یا سندروم HLH یا افزایش تولید سایتوکاین در اثر ECMO یا

ونتیلاتور مکانیکال، سندروم کاردیورنال ناشی از نارسایی بطن راست ثانوی به پنومونی COVID-19 و نارسایی بطن چپ ثانوی به میوکارдит ویرال، هیپوکسی مدولاری کلیه در اثر آسیب آلوئولی، سندروم کمپارتمان کلیوی (Renal compartment syndrome) در اثر High peak airway pressure یا intra-abdominal hypertension و نهایتاً AKI ناشی از سیتی سمی.

مکانیسمهای AKI در COVID-19:



شواهد هیستوپاتولوژی کلیه در اتوپسی و بیوپسی شامل ATN، کلاپسینگ گلومرولوپاتی و RPGN بوده است

با توجه به شیوع درگیری کلیوی در این عفونت و تاثیر آن در پیش آگهی و عاقبت بیماری، توصیه می شود در بیمارانی که علامت دارند یا به هر علتی در بیمارستان بستری می شوند باید آزمایشات مربوط به عملکرد کلیه (اندازه گیری اوره و کراتینین سرم) و آزمایش کامل ادرار انجام شود و برای احتمال بروز رابدومیولیز باید سطوح کلسیم، فسفر، اسید اوریک و پتاسیم سرم اندازه گیری شود که در رابدومیولیز هیپوکلسمی، هیپر فسفاتمی، هیپراوریسمی و هیپرکالمی دارند.

ارزیابی نارسایی حاد کلیه در افراد بستری:

در بیماران با COVID-19 مشکوک یا اثبات شده که مبتلا به AKI شده اند باید متوجه عوامل پره رنال بود و وضعیت هیدراسیون بیمار را ارزیابی کرده و مانع کمبود حجم شده و از طرف دیگر هم نباید آورهیدراسیون نیز صورت گیرد زیرا باعث بدتر شدن وضعیت تنفسی به خصوص در بیماران با ARDS می گردد. ارزیابی اتیولوژی AKI مانند سایر بیماران بحرانی در موارد غیر کرونایی می باشد. بعضی تستها نظیر آزمایش کامل ادرار و اندازه گیری اوره و کراتینین به سهولت انجام می شود ولی انجام سونوگرافی کلیه ها و مجاری ادراری که در ارزیابی مبتلایان به AKI غیر کرونایی باید انجام شود در بیماران مبتلا به کرونا با دشواری مواجه است زیرا تماس پرسنل با بیماران کرونایی باید کمتر صورت گیرد.

درمان AKI در بیماران بستری:

درمان AKI در این بیماران فرقی با سایر بیماران غیر کرونایی ندارد ولی باید توجه داشت که نباید باعث آورهیدراسیون شد.

اندیکاسیونهای همودیالیز در بیماران مبتلا به COVID-19 فرقی با سایر بیماران غیر کرونایی ندارد نظیر آورلود، هیپرکالمی شدید مقاوم به درمان، اسیدوز شدید مقاوم به درمان، پریکاردیت و غیره.

باید توجه داشت که این بیماران باید از سایر بیماران تحت همودیالیز جداسازی شده و در یک اتاق مجزا در صورت امکان و فقط توسط یک پرسنل همودیالیز شوند و پرسنل مربوطه نیز تمام موارد حفاظت شخصی را باید مراعات نماید و در بیماران بد حال هم بهتر است دیالیز در بخش ICU انجام شود. اگر همودینامیک بیمار تثبیت شده است از دستگاه همودیالیز معمولی استفاده می شود ولی اگر وضعیت همودینامیک بیمار مختل باشد از دستگاه CRRT بهتر است استفاده کرد و در مراکزی که فاقد این دستگاه می باشند می توان از روش **prolonged intermittent renal replacement therapy** یا **sustained low-efficiency dialysis (SLED)** که با خیلی از دستگاههای جدید همودیالیز قابل انجام است استفاده کرد.

از آنجائیکه خطر بروز ترومبوز در این بیماران بالاست باید از هپارین استفاده کرد و تجویز انوکسپارین در این بیماران ممنوع می باشد

معیارهای ترخیص

همواره دید و تصمیم بالینی پزشک، مهمترین تعیین کننده زمان ترخیص بیماران خواهد بود. توجه به نکات زیر کمک کننده خواهد بود:

برای ترخیص بیماران بستری در بیمارستان، باید معیارهای زیر وجود داشته باشد:

- حداقل به مدت ۲۴-۴۸ ساعت تب بدون استفاده از تب بر قطع شده باشد و

- علائم تنفسی نظیر سرفه، در حال بهبودی باشد (قطع سرفه پایدار) و تنگی نفس نداشته باشد و
- $SpO_2 \geq 93\%$ بدون ونتیلاتور در هوای اتاق بوده و یا در صورت پایین بودن آن، ضمن داشتن سایر کرایتریای ترخیص، باید طی دو تا سه روز متوالی سطح اشباع اکسیژن در حد قابل قبولی تثبیت شده ($SpO_2 \geq 90\%$) و افت پیدا نکند (در افراد با بیماری تنفسی زمینه ای می توان بر اساس قضاوت بالینی پزشک، $SpO_2 > 88\%$ را برای تثبیت می تواند در نظر گرفته شود) و
- سایر علائم حیاتی بیمار به تشخیص پزشک معالج پایدار شده باشد

معیارهای زیر در صورت دسترسی به تصمیم گیری بهتر برای ترخیص می تواند کمک کند:

- CBC قبل از ترخیص رو به طبیعی شدن باشد، CRP حداقل 0.5% و ESR حداقل 20% نسبت به قبل افت کرده باشد
- در مواردی که به دلیل شدت علائم در خواست CXR/CT scan شده است، کاهش یافته های قبلی در تصویربرداری دیده شده و ضایعه جدیدی ایجاد نشده باشد
- بیمار نیاز به درمان داخل وریدی نداشته و تحمل خوراکی داشته باشد

در حال حاضر انجام RT-PCR جزو معیارهای پیش نیاز ترخیص نمی باشد ولی در موارد زیر و متناسب با امکانات و شرایط بیمار و محل نگهداری پس از ترخیص، ممکن است توصیه شود:

- بیماران با نقص ایمنی زمینه ای
- بیمارانی که قرار است به واحد های مراکز مراقبت درازمدت منتقل شوند

لازم است همه بیماران و افراد خانواده آنها قبل از ترخیص آموزش های لازم در مورد تداوم پیشگیری از انتشار ویروس و جداسازی، خود ارزیابی و خود مراقبتی را دریافت کرده و با علائم هشدار برگشت بیماری آشنا شده باشند.

مراقبت های بعد از ترخیص و تداوم جداسازی بیمار

در هنگام ترخیص، برای اطمینان از سلامتی بیمار و اطرافیان وی، باید موارد زیر در نظر گرفته شود:

پیگیری پس از ترخیص :

مشخصات بیمار در زمان ترخیص توسط رابط سلامت بیمارستان (مراقب سلامت مقیم) در بیمارستان در سامانه سیب ثبت شده و اطلاعات لازم در اختیار بیمار قرار می گیرد. موارد زیر به بیمار توصیه می شود:

۱. رعایت کامل جداسازی در طی زمان تعیین شده در منزل
۲. توصیه به افراد در تماس با بیمار به مراکز خدمات جامع سلامت ۱۶ یا ۲۴ ساعته برای ارزیابی های مربوطه

۳. مراجعه مجدد به بیمارستان در صورت برگشت علائم تب، تنگی نفس، کاهش سطح هوشیاری و یا تشدید سرفه مجدداً جهت ویزیت اصول جداسازی در منزل:

۱. بیمار در یک اتاق تنها دارای تهویه مناسب قرار داده شود (در و پنجره های اتاق قابل باز شدن باشد).
۲. جابجایی و حرکت بیمار محدود شود و حتی الامکان فضاهای مشترک (آشپزخانه، حمام، توالت و...) دارای تهویه مناسب بوده و پنجره ها جهت گردش هوا باز شوند.
۳. حتی المقدور سایر افراد خانواده در یک اتاق مجزا باشند. در صورتی که این شرایط امکان پذیر نباشد، بیمار بایستی حداقل دو متر از فرد بیمار فاصله داشته باشد.
۴. تعداد مراقبین از بیمار به حداقل رسانده شود (حتی الامکان یک نفر که دارای وضعیت سلامت مطلوب بوده و دارای ضعف سیستم ایمنی و یا بیماری زمینه ای نباشد از بیمار مراقبت کند).
۵. بیمار ملاقات ممنوع است و تنها مراقب بیمار باید با وی در ارتباط باشد.
۶. شستشوی دستها بعد از هر بار تماس با بیمار و یا سطوح محیطی مکان نگهداری وی، برای مراقب و یا افراد خانواده ضروری است.
۷. دست ها قبل و بعد از آماده کردن و خوردن غذا باید شسته شود. در صورتی که آلودگی دست مشهود نباشد، می توان از هندراب (ضد عفونی کننده بر پایه الکل) استفاده کند.
۸. جهت جلوگیری از انتشار ترشحات تنفسی، از ماسک طبی استفاده شود و به صورت جدی بهداشت تنفسی رعایت شود. به عنوان مثال در زمان سرفه یا عطسه، بینی و دهان خود را با دستمال کاغذی بپوشانند و دستمال پس از استفاده دور انداخته شود.
۹. مراقب نیز بایستی از ماسک طبی استفاده کند؛ به طوری که دهان و بینی به صورت کامل پوشانده شود و در طول استفاده از ماسک به آن دست نزنند.
۱۰. استفاده از ملحفه های شخصی و ظروف اختصاصی که بتوان پس از استفاده از آن ها، آنها را با آب و مایع شوینده شست، بلامانع است. بهتر است لباس، ملحفه، حوله های حمام و دست روزانه و به طور مرتب با مایع شوینده و یا در ماشین لباسشویی با آب ۶۰ تا ۹۰ درجه شسته و کاملاً خشک شوند.
۱۱. سطوحی که بیمار با آن ها در تماس است (میز، تخت، مبلمان اتاق و...) بایستی روزانه تمیز و ضد عفونی شود. برای ضد عفونی کردن این وسایل می توان از شوینده های خانگی یا دترژنت، استفاده کرد. سطوح توالت و حمام مورد استفاده بیمار حداقل یک بار در روز شسته و ضد عفونی شود (با هیپوکلریت سدیم نیم درصد معادل ۵۰۰۰ pm یا به نسبت یک دهم در آب حل شود).
۱۲. در زمان تمیز نمودن محیط زندگی بیمار بایستی از دستکش ها و لباس های محافظ و یا پیش بند به منظور جلوگیری از رسیدن ترشحات به بدن استفاده شوند و تا زمانی که سطح آن ها تمیز است می توان از آن ها استفاده کرد. می توان از دستکش یک بار مصرف و یا دستکش خانگی استفاده کرد. دستکش های خانگی بایستی با آب و صابون و یا دترژنت شسته شود. دستکش یک بار مصرف بایستی پس از استفاده دور انداخته شود (قبل و بعد از استفاده از دستکش باید دست شسته شود).

۱۳. زباله های مرتبط با بیمار زباله عفونی در نظر گرفته شده و در سطل درب دار نگهداری که دارای کیسه پلاستیکی ضخیم می باشد دفع شود. از انواع مواجهه با لوازم آلوده که در ارتباط مستقیم با بیمار هستند اجتناب شود.

آشنایی با آزمایش های تشخیصی کووید-۱۹

آزمایش تشخیص مولکولی

در حال حاضر انجام آزمایش تشخیص مولکولی کووید-۱۹ بر روی نمونه های مختلف دستگاه تنفسی، تنها روش تشخیص آزمایشگاهی قطعی این بیماری می باشد. در مراجع و منابع مختلف، متناسب با کاربرد های احتمالی نتایج آزمایشگاهی، اندیکاسیونهای مختلفی برای تجویز این آزمایش ذکر شده است. انجام آزمایش تشخیص مولکولی، در چهارچوب اقدامات تشخیصی و مدیریت بالینی، فقط در مورد افرادی که از نظر بالینی مشکوک باشند (Suspect case) دارای اندیکاسیون است، مگر اینکه لازم باشد افراد در قالب اقدامات "ردیابی تماسها" (Contact tracing) مورد ارزیابی قرار گیرند. با توجه به تعداد آزمایشگاههای تشخیص مولکولی در دسترس که قابلیت و صلاحیت انجام آزمایش تشخیص مولکولی کووید-۱۹ را داشته باشند و همچنین محدودیت منابع مورد نیاز برای استفاده گسترده از این آزمایش، هر کشوری راهبردهای انجام آزمایش تشخیص مولکولی خود را با توجه به محدودیتهای زمانی و مکانی تعیین و اجرا میکند و در صورت نیاز اولویتهای خود را بازنگری و اصلاح می نماید. این راهبردها در جهت رسیدن به اهداف برنامه های حوزه سلامت و متناسب با شدت انتقال ویروس، تعداد موارد بیماری، ظرفیت بالقوه پاسخ آزمایشگاهی و میزان آمادگی برای افزایش آن تعیین میشوند.

همان گونه که اشاره شد، آزمایش تشخیص مولکولی استاندارد طلایی تشخیص بیماری کووید-۱۹ است. تائید قطعی ابتلا به کووید-۱۹ بر اساس کشف توالی اختصاصی اسید نوکلئیک ویروس بوسیله روش RT-PCR و در صورت لزوم، تائید آن از طریق تعیین توالی^{۲۱} است. تاکنون نواحی مشخصی در ژن های E، N، S و RdRp به عنوان هدف مورد استفاده قرار گرفته اند. مطابق با توصیه سازمان جهانی بهداشت، برای تشخیص ویروس کووید-۱۹ در مناطقی که این ویروس در چرخش نیست، یک نتیجه مثبت آزمایش تشخیص مولکولی برای حداقل دو هدف متفاوت در ژنوم ویروس، که حداقل یکی از آنها برای این ویروس اختصاصی باشد یا نتیجه مثبت آزمایش تشخیص مولکولی برای یک توالی هدف مشترک بین بتاکرونا ویروسها و ویروس کووید-۱۹ که با آزمایش تعیین توالی به تائید برسد، کافیت. اما در مناطقی که ویروس بطور وسیع در حال چرخش است میتوان از الگوریتم ساده تری که در آن غربالگری برای جستجوی فقط یک توالی هدف برای تشخیص انجام میشود، استفاده نمود.

بدست آوردن یک نتیجه منفی وجود بیماری را رد نمی کند و ممکن است در موارد خاص نمونه برداری تکرار و در صورت امکان از نمونه های دستگاه تنفسی تحتانی برای انجام آزمایش استفاده شود.

^{۲۱} Nucleic Acid Sequencing

نمونه دستگاه تنفسی فوقانی (سوپا نازفارنکس و سوپا اورو فارنکس، هر دو) که با استفاده از سوپا استریل نازک داکرون با دسته پلاستیکی یا آلومینیومی گرفته میشود، نمونه اصلی مورد نیاز برای آزمایش است. نمونه باید توسط پزشک، پرستار، کارشناس آزمایشگاه و سایر کارکنان که برای این کار آموزش دیده و تجربه کافی داشته باشند، گرفته شود. برای نمونه برداری باید از سوپا مخصوص نمونه گیری از ناحیه نازوفارنکس و اوروفارنکس مورد استفاده قرار گیرد. سوپا پنبه ای برای این کار مناسب نیست و سوپا با دسته چوبی نباید مورد استفاده قرار گیرد. پس از گرفتن نمونه، سوپا نازفارنکس و سوپا اورو فارنکس، هر دو در یک لوله مقاوم، در پیچ دار و غیرقابل نشت که حاوی محیط انتقال ویروس^{۲۲} باشد قرار گرفته و درب آن بصورت کامل بسته می شود. هر لوله مربوط به یک بیمار است و باید شناسه های لازم، محل و تاریخ نمونه گیری بطور خوانا بر روی برچسب آن نوشته شود. نمونه باید در همان روز، با رعایت شرایط استاندارد بسته بندی و انتقال امن و ایمن نمونه، در شرایط دمایی خنک (۲ - ۸ درجه سانتی گراد) به آزمایشگاه حمل شوند. پایداری نمونه در شرایط یخچال کمتر از ۴ روز است. در غیر این صورت نمونه ها باید تا زمان آزمایش در شرایط دمایی حداقل ۲۰- درجه سانتیگراد (در حالت ایده آل ۷۰- درجه سانتیگراد) حفظ شوند. سایر نمونه ها مثل خلط و BAL هم ممکن است برای آزمایش گرفته و در داخل یک ظرف یا لوله مقاوم، در پیچ دار و غیرقابل نشت ارسال شوند. این نمونه های نیاز به محیط انتقال ندارند.

در شرایطی که دسترسی به سوپا مناسب وجود ندارد و یا بیمار قادر به تحمل نمونه برداری بوسیله سوپا نیست میتوان از طریق غرغره کردن، نمونه مورد نیاز برای آزمایش را تهیه کرد. برای این منظور به هر بیمار یک لوله فالکن ۵۰ میلی لیتری در پیچ دار و غیر قابل نشت (یا ظرف مناسب دیگر) که روی آن برچسب واجد نام کامل و سایر شناسه های مربوطه درج شده است و حاوی حدود ۵ میلی لیتر بافر فسفات استریل باشد، تحویل میشود. از بیمار خواسته شود که در محوطه باز، دور از سایر افراد و یا در اتاق مناسبی که برای شرایط نمونه برداری انتخاب شده است، ابتدا چند سرفه محکم انجام دهد بطوریکه ترشحات عمیق دستگاه تنفسی به قسمت فوقانی منتقل شوند. سپس با ۵ میلی لیتر بافر فسفات استریل در ته حلق غرغره می نماید. مدت زمان غرغره باید حدود ۳۰ ثانیه باشد. ضروری است به بیمار تذکر داده شود که از بلع مایع خودداری کند. در صورتی که بیمار قادر به ۳۰ ثانیه غرغره مداوم نباشد، می تواند برای اجتناب از بلع مایع آن را به حفره دهانی برگردانده و مجدداً با همان مایع غرغره کند تا بطور تقریبی مجموعاً حدود ۳۰ ثانیه غرغره انجام شده باشد. تمام مایع باید بعد از اتمام غرغره به داخل لوله یا ظرف در پیچ دار بازگردانده شود. کارکنان نمونه برداری باید بلافاصله سطح خارجی لوله را با الکل ۷۰ درجه یا ماده ضدعفونی کننده مناسب آلودگی زدایی نمایند.

به طور کلی عوامل زیر در حساسیت آزمایش تشخیص مولکولی و اعتبار نتایج آن مهمترین تاثیر را دارند:

- انتخاب محل آناتومیک برای نمونه برداری و نحوه جمع آوری نمونه (مهارت نمونه گیر)
- زمان و مرحله بیماری (عموماً افراد مبتلا که دارای علائم بالینی هستند ویروس بیشتری نسبت به قبل و بعد از آن دارند)

^{۲۲} Viral Transport Medium, VTM

- رعایت استانداردهای تضمین کیفیت آزمایشگاهی در نگهداری و ارسال نمونه و انجام آزمایش
- نوع کیت تشخیص مولکولی یا راهنما آزمایشگاهی که برای تشخیص مورد استفاده قرار می گیرد
- دفعات انجام آزمایش (در شرایطی که نتیجه یک آزمایش منفی می شود، تکرار آزمایش می تواند به یافتن موارد مثبت کمک کند)

آزمایش های سرولوژی مبتنی بر جستجوی آنتی بادی

استفاده از آزمایش های سرولوژی در تشخیص و تحقیق و اعتماد به نتایج آزمایش های سرولوژیک مستلزم در دسترس قرار گرفتن کیت های معتبر و صحه گذاری شده^{۲۳} است که مورد تأیید سازمان غذا و دارو قرار گرفته باشند. نتیجه آزمایش سرولوژیک نمی تواند به تنهایی برای تشخیص مورد استفاده قرار گیرد. در گزارش و تفسیر نتایج آزمایشگاهی باید الزامات مربوطه رعایت و در صورت استفاده از روشهای آزمایشگاهی مبتنی بر آنتی بادی برای تعیین تکلیف افراد، به موارد زیر باید توجه شود:

پاسخ سیستم ایمنی بدن در واکنش به عفونت با ویروس عامل کووید-۱۹ تاخیری است، نتیجه منفی آزمایش های سرولوژی مبتنی بر آنتی بادی، عفونت کووید-۱۹ را رد نمی کند (منفی کاذب). به خصوص در افرادی که در تماس و مواجهه با ویروس قرار داشته اند. در صورت لزوم به منظور رد عفونت در چنین افرادی، آزمایش های پیگیرانه با استفاده از روش های تشخیص مولکولی انجام می شود.

از آنجا که افراد حامل ویروس در سیر عفونت و بیماری، می توانند هم پاسخ آنتی بادی منفی و هم مثبت داشته باشند، نتایج آزمایش آنتی بادی نباید به تنهایی برای تشخیص بیماری و یا رد عفونت کووید-۱۹ و یا تعیین و اعلام وضعیت عفونت مورد استفاده قرار گیرد (مثبت و منفی کاذب).

با توجه به اینکه از طریق آزمایش نمونه های سرمی آرشویی مربوط به ماه ها پیش از شیوع عفونت کووید-۱۹، مشخص شده است که سایر کورونا ویروسها ممکن است باعث نتایج مثبت آزمایش سرولوژی شوند، این احتمال وجود دارد که نتیجه مثبت یک فرد ناشی از عفونت فعلی و یا قدیمی با سویه های غیر کووید-۱۹ باشد (مثبت کاذب).

در حال حاضر سازمان جهانی بهداشت استفاده از وسایل تشخیص سریع یا رپید تست را برای مراقبت از بیماران توصیه نمی کند. اما تا تولید و عرضه کیت های تشخیص سرولوژی معتبر، که مبتنی بر جستجو و اندازه گیری آنتی بادی هایی که وجودشان مرتبط با عاری شدن فرد از ویروس و ایجاد ایمنی حفاظت کننده باشند (مثل آنتی بادی ضدآنتی ژن سطحی هپاتیت ب در عفونت با این ویروس)، آزمایش های سرولوژی می توانند به منظور تحقیق در مورد طغیان های جاری و در بررسی های گذشته نگر برای تعیین نرخ حمله^{۲۴} و شدت یک طغیان مورد استفاده قرار بگیرند.

در صورتی که نتیجه آزمایش تشخیص مولکولی منفی باشد ولی یک ارتباط اپیدمیولوژیک قوی برای مورد ابتلای احتمالی وجود داشته باشد، اخذ نمونه های سرمی در مرحله حاد بیماری و در دوره نقاهت، در صورت دسترسی به آزمایش سرولوژی معتبر، میتواند از تشخیص بیماری پشتیبانی کند.

^{۲۳} Validated

^{۲۴} Attack Rate

استفاده از داده ها و اطلاعات آزمایشگاهی، از جمله نتایج آزمایشگاهی سرولوژی، در برنامه های بازگشت به کار تابع الزامات و جزئیات این برنامه خواهد بود.

آزمایشهای مبتنی بر جستجوی آنتی ژن

در حال حاضر به دلیل عدم دسترسی به کیت های تشخیصی معتبر برای آزمایش های مبتنی بر جستجوی آنتی ژن، استفاده از این وسایل تشخیصی توصیه نمیشود.

واجدین شرایط آزمایش کووید-۱۹

سرپایی: در حال حاضر امکان نمونه گیری و آزمایش RT-PCR برای بیماریابی کووید-۱۹ در مراکز درمان سرپایی ۱۶ ساعته مهیا می باشد با توجه به محدودیت های دسترسی به تست، طبق آخرین دستورالعمل صادره در اول تیر ماه ۱۳۹۹ اولویت^{۲۵} انجام تست با گروه های زیر است:

۱. افراد سرپایی علامتدار با سن بالای ۶۰ سال^{۲۶}، یا وجود بیماری زمینه ای (گروه های پرخطر از نظر عوارض کووید-۱۹) و زنان باردار
۲. افراد در تماس با فرد مبتلا به شرط با سن بالای ۶۰ سال و یا وجود بیماری زمینه ای (گروه های پرخطر از نظر عوارض کووید-۱۹) و زنان باردار
۳. زندانیان علامت دار (در قرنطینه ورودی توصیه می شود در صورت دسترسی به تست همه افراد تست شوند، در غیر اینصورت در صورت تشخیص یک فرد مبتلا همه افراد در تماس با وی تست شوند)
۴. کارکنان زندان در تماس مستقیم با زندانی مبتلا
۵. معتادین متجاهر علامتدار در مراکز ماده ۱۶ (در قرنطینه ورودی توصیه می شود در صورت دسترسی به تست همه افراد تست شوند، در غیر اینصورت در صورت تشخیص یک فرد مبتلا همه افراد در تماس با وی تست شوند
۶. کارکنان مراکز ماده ۱۶ در تماس مستقیم با معتادین متجاهر مبتلا
۷. مددجویان علامتدار در سامانسراها، مراکز نگهداری معلولین و سالمندان و سایر مراکز تجمعی
۸. کارکنان سامان سرا، مراکز نگهداری معلولین و سالمندان علامتدار و سایر مراکز تجمعی در تماس مستقیم با مددجویان مبتلا
۹. اتباع خارجی علامتدار ساکن در مهمانشهرها
۱۰. اتباع داخلی وارد شده از کشورهای با شیوع بالا

^{۲۵}دستورالعمل "مبانی و استاندارد فرآیندهای اجرایی نظام مراقبت بیماری کووید-۱۹"

^{۲۶}سن بالای ۶۵ سال با ریسک بالاتر کووید عارضه دار همراه است. اما اولویت انجام تست از سن بالای ۶۰ سال تعیین شده است بدیهی است در صورت دسترسی کافی به تست حتی سنین پایین تر نیز می توانند مطابق دستورالعمل مربوطه ("مبانی و استاندارد فرآیندهای اجرایی نظام مراقبت بیماری کووید-۱۹") مورد ارزیابی قرار گیرند

۱۱. پرسنل شاغل در بخش‌های ویژه COVID-19 و کارکنان ارائه خدمات برای کووید ۱۹ در واحدهای بهداشتی

*کارگران و کارکنان ادارات و یا کارخانجات که در یک مکان بسته به صورت تجمعی حضور دارند یا با تعداد زیاد ارباب رجوع سروکار دارند، باید روزانه غربالگری علامتی شوند و در صورت علامتدار بودن شرایط انجام تست تشخیصی توسط کارفرما برایشان مهیا شود.

بستری: بیماران بستری در بیمارستان نیز واجد شرایط نمونه‌گیری و تست می‌باشند. هر بیماری که بستری شود باید آزمایش مولکولی ارسال شود.

مراقبت افراد در تماس با موارد مبتلا به کووید-۱۹

غربالگری علامتی و آزمایشگاهی

کلیه افراد در تماس با موارد مبتلا به کووید-۱۹ باید تا ۱۴ روز پس از تماس از نظر علامتی غربالگری شوند. شروع ۱۴ روز، از آخرین تماس با بیمار است. در صورتی که فرد مبتلا جزو اعضا خانواده بوده و یا در تماس مستمر با وی باشند، عملاً این زمان تا ۱۴ روز پس از بهبودی فرد مبتلا خواهد بود (رجوع به بخش دوران عفونت زایی بیماری). این مراقبت به شکل زیر ارائه می‌شود:

الف- خود مراقبتی: آموزش علائمی که می‌تواند مطرح‌کننده ابتلا به بیماری کووید-۱۹ باشد، به فرد در تماس اهمیت زیادی دارد. فرد باید بداند که تا ۱۴ روز بعد از آخرین تماس با فرد مبتلا، در صورت داشتن هر یک از علائم به نفع کووید-۱۹، باید مراتب را به اطلاع مراقب سلامت برساند و در صورت لزوم به مرکز خدمات جامع سلامت مراجعه کند.

ب- غربالگری فعال علامتی: این خدمت توسط مراقب سلامت و به صورت تلفنی به فاصله هر سه روز یک بار از زمان شروع تماس انجام شده و به مدت ۱۴ روز ادامه خواهد داشت (جمعا ۶ بار) و با تواتر زیر انجام می‌شود:

(روز ۱ - روز ۳ - روز ۵ - روز ۷ - روز ۱۰ - روز ۱۴)

در حین مراقبت‌ها (اعم از خود مراقبتی و غربالگری فعال علامتی) در صورتی که فرد در تماس، دارای علامت باشد، طبق راهنما افراد علامت‌دار، با وی برخورد می‌شود

افراد در تماس نزدیک با بیمار با سن بالای ۶۰ سال، دارای بیماری زمینه‌ای و زنان باردار صرفنظر از وجود علائم می‌توانند تست شوند. (مطابق دستورالعمل افراد واجد شرایط تست)

جداسازی افراد در تماس با بیماری کووید-۱۹

افرادی که در تماس نزدیک (Close contact) با فرد مبتلا به بیماری کووید-۱۹ باشند (بطور متوسط از ۲ تا ۳ روز قبل از علامت دار شدن بیمار تا زمانی که فرد مبتلا قابلیت انتقال بیماری را دارد) باید تا ۱۴ روز پس از آخرین تماس با وی، اصول جداسازی را رعایت نموده و روند غربالگری علامتی را انجام دهند. اقدامات توصیه شده شامل:

- حداقل ۱۴ روز پس از آخرین تماس نزدیک با فرد مبتلا در خانه بمانند و خصوصاً از حضور در مکان های شلوغ اکیدا خودداری نمایند

- خود غربالگری برای علائم بیماری انجام شود که شامل:

- سرفه، تنگی نفس، سایر علائمی که به نفع کووید-۱۹ است

- ترجیحاً تب روزانه چک شود

- رعایت کلیه اصول حفاظت فردی و جداسازی

غربالگری فعال به روش پیش گفت توسط مراقبین سلامت انجام خواهد شد

در صورتی که حضور فرد در محل کارش ضروری است و در صورتی که امکان جداسازی در محل کار وجود داشته باشد، می تواند با رعایت کلیه اصول مطرح شده، رعایت فاصله دو متر از سایرین و استفاده از ماسک در محل کار حاضر شود. غربالگری علامتی ادامه خواهد داشت.

در حال حاضر شواهد کافی برای پروفیلاکسی دارویی قبل یا بعد از تماس وجود ندارد

دوران عفونت زایی بیماری و شرایط بازگشت به کار

با توجه به ماهیت بیماری کووید-۱۹ و بدلیل این که حتی تا چندین روز پس از بهبودی علائم، احتمال دفع ویروس از طریق قطرات تنفسی وجود دارد، لازم است تا زمانی که احتمال انتقال ویروس ممکن است وجود داشته باشد، جداسازی در منزل/محل نگهداری بیمار انجام شود. ویروس SARS-CoV-2 عموماً از ۳-۱ روز قبل از بروز علائم در دستگاه تنفسی فوقانی قابل شناسایی بوده و در طی هفته اول بروز علائم، بار ویروسی به بیشترین مقدار خود می رسد و بعد بتدریج کاهش می یابد. در مدفوع و دستگاه تنفسی تحتانی در هفته دوم شروع علائم، بار ویروسی به بیشترین مقدار خود می رسد. با توجه به اینکه احتمال Shedding مدفوعی ویروس تا هفته ها پس از بهبودی نیز ممکن است ادامه یابد، همواره تأکید بر رعایت بهداشت فردی و شستشوی دستها پس از توالیت رفتن بشدت توصیه می شود.

بطور کلی ملاک های پایان جداسازی بیمار و خروج از ایزوله شدن به قرار زیر است^{۲۷}:

²⁷ WHO Criteria for releasing COVID-19 patients from isolation, update recommendation, 27 May 2020

- در مورد بیماران علامت دار (در صورتی که علائم شدید نباشد): ۱۰ روز از شروع علائم گذشته باشد + حداقل سه روز بدون علامت باشد (علائم شامل تب و علائم تنفسی). بطور کلی این دوره تقریباً دو هفته می باشد
- برای افراد بی علامت: تا ۱۰ روز پس از این که تست RT PCR برای کووید-۱۹ مثبت شده باشد از سویی پارامترهایی که برای بازگشت به کار افراد پس از بهبودی از بیماری کووید-۱۹ در نظر گرفته می شود لازم است از دو جنبه مورد توجه قرار گیرد:

۱. ضمن بهبود علائم دوران حاد بیماری کووید-۱۹، فرد قابلیت انتقال بیماری به سایرین را نداشته باشد:

a. ۱۰ روز از شروع علائم گذشته باشد + بیمار بدون مصرف تب بر حداقل سه روز عاری از تب باشد و علائم تنفسی (نظیر کاهش واضح سرفه و قطع سرفه پایدار و نبود تنگی نفس) بهبود یافته باشد

۲. عوارض ناتوان کننده بیماری نظیر عوارض جدی قلبی، کلیوی و ... رخ نداده باشد
a. در صورت وجود این عوارض برای بازگشت به کار گواهی پزشک معالج یا متخصص مرتبط در خصوص سلامت فرد ضروری می باشد

بنابراین بر اساس موارد فوق شرط خروج از ایزولاسیون متناسب با شدت بیماری به شرح زیر است:
سرپایی (موارد خفیف و متوسط):

▪ **۱۰ روز از شروع علائم گذشته باشد + حداقل سه روز بدون علائم زیر باشد:**

- a. قطع تب بدون مصرف داروهای تب بر و
- b. بهبود علائم تنفسی (نظیر: کاهش واضح سرفه ها قطع سرفه پایدار، نبود تنگی نفس)

این زمان معمولاً تا حدود ۱۴ روز پس از شروع علائم است.

بستری (موارد شدید):

▪ **بستگی به طول مدت علائم در بیمار دارد. (حداقل ۱۰ روز باید از شروع علائم گذشته باشد) + حداقل سه روز بدون علائم زیر باشد:**

- a. قطع تب بدون مصرف داروهای تب بر مشخص می گردد و
 - b. بهبود علائم تنفسی (نظیر: کاهش واضح سرفه ها قطع سرفه پایدار، نبود تنگی نفس)
- برای مثال اگر بیمار به مدت ۱۴ روز علامت داشته باشد، طول مدت جداسازی ($14+3=17$) بمدت ۱۷ روز از شروع علائم کافی است.

ناقلین بی علامت: اگر فرد به هر دلیلی و بدون علامت تست RT PCR انجام داده و نتیجه مثبت بوده است، در صورتی که هیچ علائمی پیدا نکند، تا ۱۰ روز بعد از تاریخ انجام تست نباید در محل کار حضور پیدا کند.

کلیه افراد مبتلا ، تا دو هفته بعد از برگشت، ملزم به استفاده از ماسک و رعایت همه اصول جداسازی بهداشتی هستند

اساساً بازگشت زودتر از موعد فرد بهبود یافته به هر دلیلی (تمایل خود فرد، نیاز سازمان به وجود فرد و...) نیاز به تأیید آزمایشگاهی* دارد .

*** تأیید آزمایشگاهی :**

۳. دو RT-PCR منفی به فاصله ۲۴ ساعت

در حال حاضر استفاده از تست سرولوژی برای برگشت به کار توصیه نمی شود

نکته ۱: در صورت وجود هر عارضه ای مانند عوارض تنفسی، قلبی عروقی ، لرز و ... متناسب با عارضه فوق بنا به صلاحدید پزشک معالج، دوره استراحت قابل تمدید است.

نکته ۲: در صورتی که در بازه زمانی پس از بهبودی کامل و زمان بازگشت به خدمت ، فرد بهبود یافته دچار تب یا علائم دیگری از بیماری عفونی شود، فرآیند بازگشت به خدمت بر مبنای زمان بهبود بالینی جدید و ارزیابی شرایط توسط پزشک معالج و معتمد سازمان است.

ضمیمه ۱: اقدامات تصویر برداری در افراد مشکوک /

مبتلا به کووید-۱۹

اسامی نویسندگان اقدامات تصویر برداری در افراد مشکوک / مبتلا به کووید-۱۹ به ترتیب حروف الفبا:
دکتر سیدمرتضی باقری-دکتر هادی باقری-دکترمهرداد بخشایش کرم - دکترهومن بهرامی مطلق-دکتر حمید رضا پورعلی اکبر-دکتر علی حکمت نیا-دکتر امیر داور پناه-دکتر امیر رضا رادمرد-دکتر عباس ارجمند شبستری-دکتر علیرضا شکیبا فرد-دکتر مرتضی صانعی طاهری-دکترعلی صبری -دکترعبدالرسول صداقت-دکتر محمد کاظم طرزمنی-دکتر مهیار غفوری-دکتر ترانه فقیهی لنگرودی-دکتر حسین قناعتی-دکتر شهرام کاهکویی-دکتر محمدعلی کریمی-دکتر مهرزاد لطفی-دکتر میرصدراپی-دکتر آرش مهدوی اناری-دکتر پیام مهران-دکترکورش نوری سمیع -دکتر حسن هاشمی

تصویر برداری در بیماری کووید-۱۹

مقدمه

در حال حاضر تشخیص قطعی بیماری کووید-۱۹ توسط آزمایش RT-PCR صورت می گیرد. نیز تصویر برداری ریوی نیز بعنوان بخشی از روند ارزیابی های تشخیصی بیمار می تواند مورد استفاده قرار گیرد و در تعریف "بیماری محتمل" آورده شده است و خصوصا در شرایطی امکان دسترسی به تشخیص مولکولی وجود نداشته باشد، بسیار کاربردی خواهد بود. از سویی تصویر برداری بعنوان روشی تکمیلی در کنار نتایج آزمایشگاهی و ارزیابی بالینی برای بررسی بیماری شدید می تواند در نظر گرفته شود.

یافته های تصویر برداری ریوی در کووید-۱۹:

بطور کلی یافته هایی که در سی تی اسکن ریوی مبتلایان به کووید-۱۹ می تواند دیده شود (با شدت های متفاوت) شامل موارد زیر است:

Patchy ground glass opacities -

Crazy paving appearance -

Patchy consolidations with surrounding ground glass halo -

Patchy consolidations with and without air-bronchogram -

در صورتی که چند روزی از شروع علائم گذشته باشد ممکن است peripheral stripe like opacity نیز دیده شود. عموماً یافته ها در قسمت های محیطی ریه شایعتر است.

اسکور بندی شدت درگیری در سی تی اسکن:

بر اساس میزان درگیری هر لوب یک اسکور به آن لوب تعلق می گیرد.

جدول صفحه بعد برای اسکور بندی ضایعات ریوی کمک کننده است:

جدول اسکور بندی درگیری ریوی در CT scan ریوی

اسکور تعلق گرفته با آن لوب	میزان درگیری هر لوب
صفر	بدون درگیری
۱	کمتر از ۲۵٪
۲	۲۶ - ۵۰٪
۳	۵۱ - ۷۵٪
۴	بیش از ۷۶٪

درگیری لوب ها بصورت Consolidation ، Ground glass Opacity (GGO) و یا ندول می تواند باشد

مجموع اسکورهایی که به لوب‌ها تعلق گرفته است با هم جمع بندی می‌شود. برای مثال تا اسکور ۸ بعنوان درگیری متوسط و بیش از ۸ بعنوان درگیری شدید در نظر گرفته می‌شود

نکات مهمی که در درخواست تصویربرداری از فرد باید توجه شود:

- تصویربرداری برای غربالگری افراد بدون علامت اندیکاسیون ندارد
- رادیوگرافی قفسه سینه دقت پائینی در تشخیص علائم بخصوص در ابتدای بیماری و در افراد با علائم خفیف دارد و بنابراین وقتی صحبت از اندیکاسیون تصویربرداری می‌شود منظور سی تی اسکن ریه است. رادیوگرافی قفسه سینه برای بیماران با علائم خفیف اندیکاسیون ندارد. ولی اگر در محلی بیمار را ویزیت میکنیم که دسترسی به سی تی اسکن نیست برای بیماران با علائم شدید می‌توان از رادیوگرافی استفاده کرد. همچنین در مورد بیماران با علائم شدید بستری در بیمارستان به توجه به اینکه انتقال آنها به بخش سی تی اسکن خطر آلوده کردن سایر افراد در بخش رادیولوژی (اعم از بیماران و پرسنل) را دارد به تشخیص پزشک معالج می‌توان از رادیوگرافی پرتابل استفاده کرد.
- در هر بیماری در صورت تشدید علائم انجام سی تی اسکن ریه ضرورت دارد.
- در بیماران اینتوبه در ICU انجام رادیوگرافی روزانه اندیکاسیون ندارد.
- در صورتی که بیمار پس از بهبود علائم عفونت کووید-۱۹ همچنان هیپوکسمی و اختلال عملکرد تنفسی داشته باشد جهت یافتن علل قابل درمان انجام سی تی اسکن ریه اندیکاسیون دازد.
- در مورد سی تی اسکن افراد بدون علامت قبل از پروسیجرهایی مثل جراحی، آنژیوگرافی قلب، ... هنوز نظر قطعی وجود ندارد.
- در صورت پیدا کردن اتفاقی نشانه‌های عفونت کووید در سی تی اسکن بیماری که به دلیل دیگری سی تی اسکن انجام داده است، انجام تست کووید برای بیمار اندیکاسیون دارد.

تصویربرداری آمبولی شریان ریوی در بیماران مبتلا به کووید-۱۹

با توجه به احتمال بروز آمبولی شریان ریوی در بیماران مبتلا به کووید-۱۹، در صورت شک بالینی به آمبولی شریان ریوی (شامل وخیم تر شدن غیر قابل انتظار وضعیت تنفسی بیمار، بروز تاکیکاردی جدید و یا غیرقابل توجیه، افت فشارخون غیرقابل توجیه بواسطه تاکیکاردی، هیپوولمی یا سپسیس، تغییرات جدید ECG مطرح کننده آمبولی ریه و علائم بالینی بنفع DVT) بر اساس Pretest Probability و D-dimer انجام سی تی آنژیوگرافی پولومونر (CTPA) توصیه می‌گردد.

محافظت از پرسنل و مراجعین در موسسات و مراکز تصویربرداری

- کلیه پرسنل (پزشک، تکنسین، منشی، خدمات و...) از پوشش حفاظتی کامل برخوردار باشند و حداقل ماسک، دستکش و در صورت امکان گان، عینک یا شیلد محافظ صورت داشته باشند (بهتر است ماسک N95 باشد ولی ماسک سه لایه سرچیکال کافی است؛ دستکش ترجیحاً لاتکس باشد)
- ضد عفونی مرتب دستها (در حالیکه دستکش لاتکس/نیتریل دارند) با محلول استاندارد حاوی الکل ۷۰٪

- شستشوی دستها با آب و صابون به مدت ۳۰ ثانیه در هر بار تعویض دستکش یا پایان شیفت
- پرهیز از خوردن و آشامیدن یا هرکاری که نیاز به درآوردن و تعویض ماسک و دستکش دارد.
- استفاده از ماسک و دستکش توسط همه مراجعین
- نظافت و ضدعفونی مرتب سطوح مطابق دستورالعمل های وزارت بهداشت با توجه ویژه به نواحی که احتمال تماس با دست بیشتر است (برای سطوح می توان از محلول های اتانول ۷۰٪، پراکسید هیدروژن ۵٪ یا هیپوکلریت سدیم ۰٫۱٪ استفاده نمود)
- بعد از هر بار تصویربرداری از بیماری که علائم تنفسی دارد دستگاه مربوطه و هر چیزی که بیمار با آن تماس داشته است حتماً باید ضدعفونی شود.
- جلوگیری ازدحام (با نوبت دهی دقیق، عدم ورود همراه، رعایت فاصله ایمن، تسریع کارها و ...)
- در دسترس قراردادن محلول ضدعفونی دست برای کلیه مراجعه کنندگان در بدو مراجعه
- استفاده از کاور پروب (یا سلفون) روی پروب سونوگرافی و ضدعفونی کردن آن بعد از هر بیمار
- تعویض روکش یکبار مصرف تخت برای هر بیمار
- وجود سطل های زباله درب دار به تعداد کافی
- دفع همه ماسکها و دستکش های پرسنل و بیماران به شیوه صحیح در سطل های درب دار
- در بیمارستان ها یک دستگاه سونوگرافی پرتابل در بخش اورژانس و یک دستگاه سونوگرافی در بخش ویژه (ایزوله) بستری بیماران مبتلا به کرونا صرفاً جهت سونوگرافی های ضروری این بیماران اختصاص یابد و این دستگاه برای هیچ بیماران دیگر استفاده نشود. حتی المقدور دستگاه رادیولوژی پرتابل بیماران کرونایی و غیرکرونایی نیز باید جدا باشد.
- برای تصویربرداری در بخش های ویژه کرونایی مطابق دستورالعمل محافظتی مربوطه در این بخشها عمل شود.
راهنمای کامل محافظت از پرسنل و مراجعین در مراکز تصویربرداری بیمارستانی و خارج بیمارستانی و همچنین راهنمای مراقبت از زنان باردار در مراکز تصویربرداری در سایت انجمن رادیولوژی ایران (isr.org.ir) در دسترس است.

اندیکاسیون تکرار CT scan ریوی

- تداوم پایین ماندن سطح اشباع اکسیژن فرد بدون استفاده از اکسیژن حمایتی پس از دو هفته از تشخیص و درمان (بدون توجه به علائم بالینی)
- تداوم یا پیشرفت علائم شدید تنفسی پس از دو هفته از شروع درمان، به تشخیص پزشک و بدون توجه به نتیجه PCR
- تست های غیر طبیعی عملکرد ریوی/عکس قفسه صدری غیر طبیعی پس از ۴ هفته از درمان
- بیمارانی که مبتلا به کووید شده و بهبود یافته اند و پس از پایان دوره نقاهت کاندید دریافت درمان های ضد سرطان، ایمونوساپرسیو و ایمونو مدولاتور باشند

راهنما گزارش سی تی اسکن ریه در بیماران مشکوک به کووید-۱۹

Radiology (HRCT) Reports Template for COVID-19 by Iranian Society of Radiology COVID-19 Consultants (ISRCC) (Fourth Edition)

Findings highly suggestive for COVID-19 pneumonia:

- Ground glass opacities (Bilateral, Multifocal, Unilateral, Unifocal)
- Peripheral distribution or less likely peribronchovascular distribution
please Notice that in late phase of COVID-19 pneumonia findings might progress to multifocal/bilateral consolidation in peak phase and might later show pattern of organizing PNA such as reversed halo or linear opacities in late stage

Findings inconsistent with COVID-19 pneumonia:

- Tree in buds Opacities
- Centrilobular nodules
- Predominantly peribronchovascular distribution
- Predominantly nodular opacities
- Predominantly reticular opacities
- Cavity
- Lymphadenopathy
- Pleural effusion
without any suggestive findings for COVID-19

Findings indeterminate of COVID-19 Pneumonia:

Absence of typical features AND the presence of:

- **Multifocal, diffuse, perihilar or unilateral GGO w/ or w/o consolidation, lacking a specific distribution, & are non-rounded or non-periphera**
- **Few very small GGO with a non-rounded & non-peripheral distribution**

- **Highly suggestive:** presence of highly suggestive findings without presence of inconsistent findings
- **Inconsistent:** presence of inconsistent findings without presence of suggestive findings
- *****Presence of combination of highly suggestive findings and any inconsistent findings, these cases need consultation with ISRCC (or second opinion).**

Highly suggestive reports imply: Findings are highly suggestive for viral pneumonia including COVID-19. Isolation and COVID-19 assay are recommended

Inconsistent reports imply: Findings are inconsistent with COVID-19 pneumonia. However, in case of high clinical suspicion for COVID-19, follow up imaging is recommended.

This edition is based on published papers on COVID-19 and more than 1000 CTScan reports

****Sub pleural bands & curvilinear strips, according to recent viral pandemia, should be considered as the sequel of organizing pneumonia induced by covid_19**

******* در مورد سی تی اسکن ریه در تشخیص و پیگیری بیماران کرونا، برای کاهش میزان اشعه، پروتکل با دوز پایین (low-dose chest CT) توسط انجمن رادیولوژی ایران پیشنهاد شده است. این پروتکل توسط کلیه دستگاه های سی تی اسکن اسپیرال و ترجیحا مولتی دکتور قابل انجام می باشد. کلیات پارامترهای آن به شرح زیر است:

kVP=100-120; mAs=30-50; Pitch=0.8-1.5 که این موارد بر اساس BMI بیمار و شدت دیسترس تنفسی و نوع دستگاه سی تی اسکن در محدوده بیان شده قابل تغییر می باشد.

جهت اطلاع از جزئیات بیشتر پارامترها بر اساس دستگاه اسکنر به اطلاعیه انجمن رادیولوژی با عنوان **“کووید-۱۹ Low-dose Thoracic CT Scan Protocol”** مراجعه شود.

الگوریتم تصویر برداری در بیماران با علائم کووید-۱۹



*گروه پر خطر: سن بالای ۶۵ سال، بیماری قلبی عروقی، دیابت، بیماری ریوی مزمن، فشار خون بالا، ضعف سیستم ایمنی

** با توجه به احتمال منفی کاذب بودن تست کووید و یا در دسترس نبودن آن، برخورد با بیمار به شکل قرنطینه خانگی و درمان علامتی در گروه با علائم خفیف و بدون ریسک فاکتورهای پرخطر توصیه می شود.

منابع مربوط به ضمیمه اول:

- Radiology, The Role of Chest Imaging in Patient Management during the ۱۹-کووید Pandemic: A Multinational Consensus Statement from the Fleischner Society
- Clinical Radiology, The continuing evolution of ۱۹-کووید imaging pathways in the UK: a British Society of Thoracic Imaging expert reference group
- ESC Guidance for the Diagnosis and Management of CV Disease during the ۱۹-کووید Pandemic
- Radiology: Cardiothoracic Imaging ۱۹-کووید Complicated by Acute Pulmonary Embolism 2020; 2(2):e200067
- <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.202020136>

ضمیمه ۲: مدیریت مراقبت و درمان مبتلایان به کووید-۱۹ در بخش مراقبت های ویژه

اسامی نویسندگان مدیریت مراقبت و درمان مبتلایان به کووید-۱۹ در ICU به ترتیب حروف الفبا:

دکتر علی امیر سوادکوهی. دکتر حسین اردهالی. دکتر علیرضا جهانگیری فرد. دکتر رضا شهرامی. دکتر پیام طبرسی. دکتر بابک عمرانی راد. دکتر سامرند فتاح قاضی. دکتر عطا محمودپور. دکتر بهنام محمودیه. دکتر مجید مختاری. دکتر امید مرادی مقدم. دکتر اتابک نجفی. دکتر سید محمد رضا هاشمیان

مقدمه:

توصیه می شود قبل از شروع این بخش نگاهی به سیر بالینی و مراحل بیماری کووید در ابتدای این راهنما، داشته باشید. تعاریف زیر نیز در تکمیل اطلاعات شما می تواند کمک کننده باشد:

پنومونی خفیف:

بیماری است که مبتلا به پنومونی می باشد ولی علائم شدید تنفسی ندارد. کودکان بدون علائم پنومونی شدید که دارای سرفه یا اشکال در تنفس همراه تاکی پنه باشند در این گروه قرار می گیرند.

کرایتریای تاکی پنه در کودکان به قرار زیر است:

- سن کمتر از ۲ ماهگی: تعداد تنفس بیشتر/مساوی ۶۰ بار در دقیقه

- سن ۲-۱۱ ماهگی: بیشتر مساوی ۵۰ بار در دقیقه

- سن ۵-۱ سالگی: بیشتر/مساوی ۴۰ بار در دقیقه

پنومونی شدید:

در نوجوانان و بالغین در صورت داشتن تب یا یکی از علائم تنفسی همراه با یکی از علائم زیر بعنوان پنومونی شدید در نظر گرفته می شود:

- تعداد تنفس بیش از ۳۰ بار در دقیقه

- دیسترس تنفسی شدید

- $SpO_2 < 90\%$ در هوای اتاق

کودکان دچار سرفه یا اشکال در تنفس همراه با حداقل یکی از علائم زیر بعنوان پنومونی شدید در نظر گرفته می شوند:

- سیانوز مرکزی یا $SpO_2 < 90\%$

- دیسترس شدید تنفسی (very severe chest in drawing, grunting)

- وجود علائم خطر پنومونی

- عدم توانایی شیرخوردن یا نوشیدن مایعات

- بیحالی شدید یا کاهش سطح هشیاری، تشنج

- تو رفتگی شدید فضای بین دنده در تنفس، تاکی پنه

سندروم دیسترس حاد تنفسی (ARDS)

شروع: ممکن است در عرض مدت یک هفته از شروع علائم بالینی در فرد و یا با تشدید علائم تنفسی قبلی فرد، تظاهر می کند.

یافته های تصویربرداری فرد (رادیوگرافی، CT Scan ریه، سونوگرافی ریه ها) شامل کدورت دو طرفه ریه ها است که نمیتوان با overload مایعات در بیمار توجیه نمود، کلاپس لوبولر یا ریوی و ندول های منتشر می باشد. نارسایی ریه در این افراد با علت قلبی یا overload مایعات در بیمار قابل توجیه نیست.

برای رد علل هیدروستاتیک که ممکن است باعث انفیلتراسیون/ادم ریه ها شود، لازم است اکوکاردیوگرافی انجام شود. یکی از مهمترین عوارض ARDS اختلال در اکسیژن رسانی است. از جداول زیر برای ارزیابی این عارضه در بالغین و کودکان استفاده کنید:

Oxygenation impairment in adults (PaO₂/FiO₂ Ratio)

- **Mild ARDS:** 200 mmHg < PaO₂/FiO₂ ≤ 300 mmHg (with PEEP or CPAP ≥ 5 cmH₂O. or non-ventilated)
- **Moderate ARDS:** 100 mmHg < PaO₂/FiO₂ ≤ 200 mmHg (with PEEP ≥ 5 cmH₂O. or non-ventilated)
- **Severe ARDS:** PaO₂/FiO₂ ≤ 100 mmHg (with PEEP ≥ 5 cmH₂O. or non-ventilated)
- When PaO₂ is not available. SpO₂/FiO₂ ≤ 315 suggests ARDS (including in non-ventilated patients).

Oxygenation impairment in children: (OI = Oxygenation Index and OSI = Oxygenation Index using SpO₂. Use PaO₂-based metric when available. If PaO₂ not available, wean FiO₂ to maintain SpO₂ ≤ 97% to calculate OSI or SpO₂/FiO₂ ratio:

- Bilevel (NIV or CPAP) ≥ 5 cmH₂O via full face mask: PaO₂/FiO₂ ≤ 300 mmHg or SpO₂/FiO₂ ≤ 264
- Mild ARDS (invasively ventilated): 4 ≤ OI < 8 or 5 ≤ OSI < 7.5
- Moderate ARDS (invasively ventilated): 8 ≤ OI < 16 or 7.5 ≤ OSI < 12.3
- Severe ARDS (invasively ventilated): OI ≥ 16 or OSI ≥ 12.3

برای ارزیابی وضعیت بیمار و پیش بینی خطر مرگ در پنومونی شدید از کرایتریای CURB-65 استفاده کنید که در جدول زیر نشان داده شده است:

CURB-65 criteria to stratify patients (Adults)

- Confusion
- Urea > 7 mmol/L
- RR \geq 30 breaths/min
- Blood pressure (SBP < 90 mmHg or DBP \leq 60 mmHg)
- Age \geq 65

Higher score is associated with higher risk of death:

- score 0–1, low risk of death (mortality 1.5%)

☐ may be suitable for treatment at home, always consider the patient's social circumstances and wishes

- score 2, moderate risk of death (mortality 9.2%)

☐ consider for short stay hospitalization or close outpatient treatment

- score \geq 3, high risk of death (mortality 22%)

☐ 4–5 consider for ICU hospitalization

جدول زیر Oxygenation Target در ARDS را در بالغین و کودکان نشان داده است:

- Adults:

SpO₂ \geq 90% in non-pregnant patients

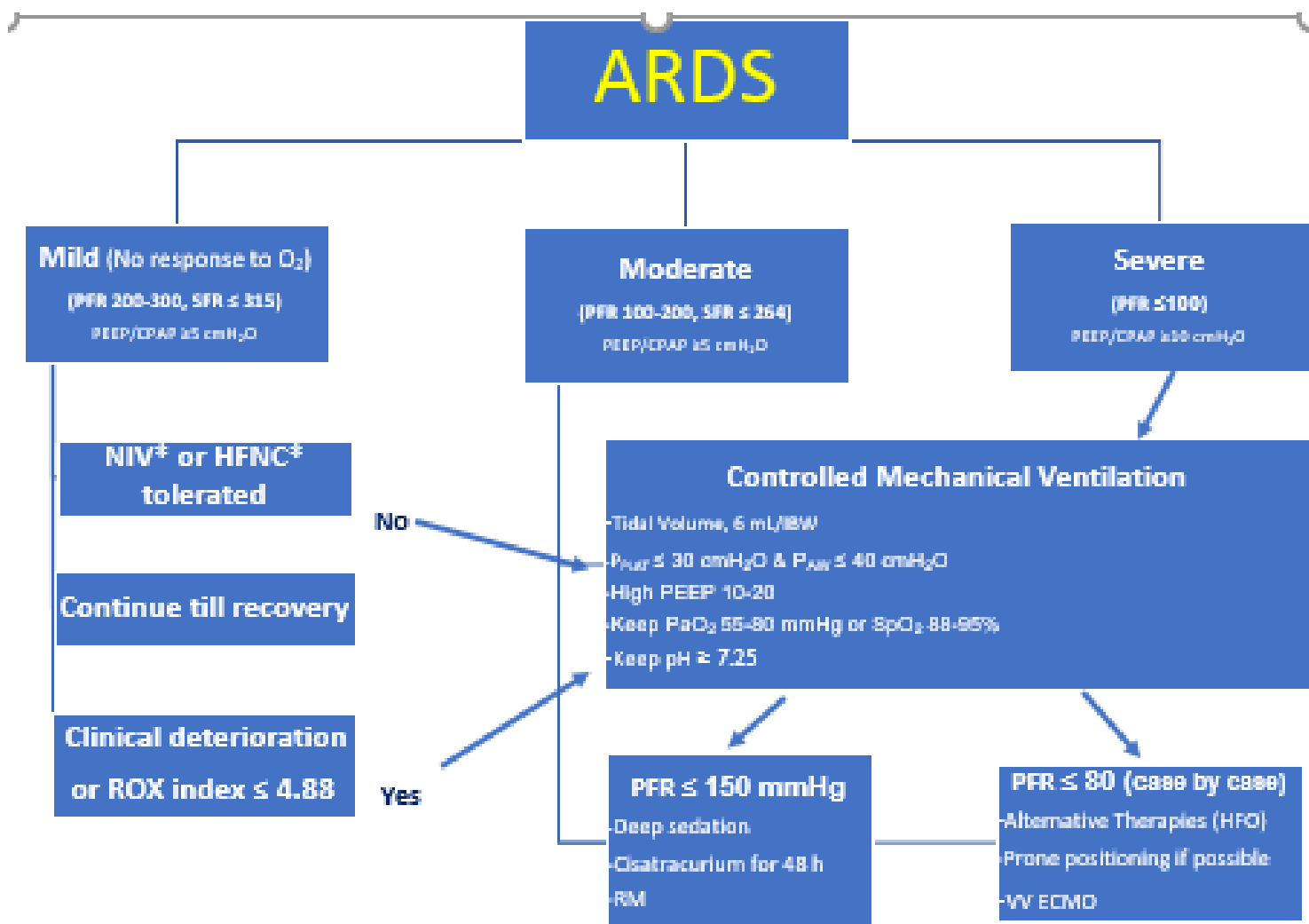
SpO₂ \geq 92–95% in pregnant patients

- Children:

SpO₂ \geq 94% in children with obstructive dyspnea, apnea, severe respiratory distress, central cyanosis, shock, coma or convulsions

SpO₂ \geq 90% in other children

الگوریتم مدیریت درمان بیماران مبتلا به ARDS در ICU



PFR = PaO₂/FIO₂ Ratio

SFR = SpO₂/FIO₂ Ratio

NIV = Noninvasive Ventilation

HFNC = High Flow nasal Cannula

RM = Recruitment Maneuver

*Droplet precaution is ideally needed

- Single room
- Strict isolation if available
- Full PPE when attending patient

References:

- 1-WHO, SARI in COVID-19 March 11th, 2020
- 2-Fan E et al, JAMA, 2018 Volume 319, Number

برای مطالعه بیشتر:

ARDS در اثر کووید ۱۹ بر دو نوع کلی است:

۱) ARDS با کمپلینانس بالا (بیش از ۴۰ میلی لیتر در هر سانتی متر اب) که این را نوع L (که مفهوم آن Low Elastance است) که تنظیم دستگاه تهویه مکانیکی بصورت (شامل Vt ازادتر ۷ تا ۹ میلی لیتر بر کیلوگرم وزن احتمالی، نسبت کم PEEP /FIO2 و نگهداری Pplat زیر ۳۰ سانتی متر اب) باید نگهداشته شود.

۲) نوع دوم ARDS که کمپلینانس کمتر از ۴۰ میلی لیتر در هر سانتی متر اب دارند و با توجه به الاستانس زیاد فرم H گفته میشود (که مفهوم آن High Elastance است) setting تهویه مکانیکی مانند ARDS کلاسیک (حجم جاری کم ۵-۷ ml/kg، نسبت PEEP/FIO2 بالا، و Pplat زیر ۳۰ سانتی متر اب) باید نگهداشته شود.

۳) فرم بینابینی که باید بر اساس شرایط بیمار و مکانیک تنفس وی و نظر پزشک مسئول تصمیم گیری شود.

سپتی سمی / شوک سپتیک

تعاریف زیر در تشخیص بیماری کمک کننده می باشد.

Adults

- Life-threatening organ dysfunction caused by a dysregulated host response to suspected or proven infection
- Signs of organ dysfunction include: altered mental status, difficult or fast breathing, low oxygen saturation, reduced urine output, fast heart rate, weak pulse, cold extremities or low blood pressure, skin mottling, or laboratory evidence of coagulopathy, thrombocytopenia, acidosis, high lactate, or hyperbilirubinemia.

Children

- Suspected or proven infection and ≥ 2 age-based systemic inflammatory response syndrome criteria, of which one must be abnormal temperature or white blood cell count.

Septic Shock

Adults

- Persisting hypotension despite volume resuscitation, requiring vasopressors to maintain MAP \geq 65 mmHg and serum lactate level $>$ 2 mmol/L, in absence of hypovolemia

Children

- Any hypotension (SBP $<$ 5th centile or $>$ 2 SD below normal for age) or two or three of the following: altered mental state; tachycardia or bradycardia (HR $<$ 90 bpm or $>$ 160 bpm in infants and HR $<$ 70 bpm or $>$ 150 bpm in children); prolonged capillary refill ($>$ 2 sec) or feeble pulse; tachypnoea; mottled or cool skin or petechial or purpuric rash; increased lactate; oliguria; hyperthermia or hypothermia

مراقبت های استاندارد در سپسیس/شوک سپتیک به قرار زیر است:

- Early recognition and the following treatments within 1 hour of recognition
- Antimicrobial therapy
- Initiation of fluid bolus
 - Crystalloids \rightarrow 250-500 mL rapid infusion in 14 to 30 minutes
 - In children, give 10–20 mL/kg crystalloid fluid as a bolus in the first 30–60 minutes and reassess for signs of fluid after each bolus
 - Avoid volume overload, particularly with ARDS
 - If there is no response to fluid loading or signs of volume overload appear (e.g. jugular venous distension, crackles on lung auscultation, pulmonary edema on imaging, or hepatomegaly in children), then reduce or discontinue fluid administration.
 - Determine need for additional fluid boluses (250–500 mL in adults or 10–20 mL/kg in children) based on clinical response and improvement of perfusion targets
 - **Perfusion targets include**
 - MAP $>$ 65 mmHg or age-appropriate targets in children
 - Urine output $>$ 0.5 mL/kg/hr in adults, 1 mL/kg/hr in children

- Improvement of skin mottling and extremity perfusion
- Improvement in **capillary refill time < 3 seconds**, heart rate, level of consciousness, and lactate.
- If available, consider dynamic indices of volume responsiveness to guide volume administration beyond initial resuscitation
 - Passive leg raises
 - Fluid challenges with serial stroke volume measurements
 - Variations in systolic pressure, pulse pressure
 - **Inferior vena cava size and variability**
 - Stroke volume in response to changes in intrathoracic pressure during mechanical ventilation
- Vasopressors for hypotension
- Central venous and arterial catheters → based on resource availability and individual patient needs
- Do not use hypotonic crystalloids, starch or gelatin for resuscitation
- In adults, administer vasopressors when shock (MAP < 65 mmHg) persists during or after fluid resuscitation.
- In children administer vasopressors if:
 - Signs of shock such as altered mental state; bradycardia or tachycardia (HR < 90 bpm or > 160 bpm in infants and HR < 70 bpm or > 150 bpm in children); prolonged capillary refill (> 2 seconds) or feeble pulses; tachypnea; mottled cool skin or petechial or purpuric rash; increased lactate;
 - Oliguria persists after two repeat boluses
 - Age-appropriate blood pressure targets are not achieved
 - Signs of fluid overload are apparent
- If central venous catheters are not available, vasopressors can be given through a peripheral IV, but use a large vein

- Closely monitor for signs of extravasation and local tissue necrosis. If extravasation occurs, stop infusion
- Vasopressors can also be administered through intraosseous needles.
- If signs of poor perfusion and cardiac dysfunction persist despite achieving MAP target with fluids and vasopressors, consider an inotrope such as dobutamine.
- Norepinephrine is considered first-line treatment in adult patients
- Epinephrine or vasopressin can be added to achieve the MAP target
- Because of the risk of tachyarrhythmia, reserve dopamine for selected patients with low risk of tachyarrhythmia or those with bradycardia
- In children, epinephrine is considered first-line treatment, while norepinephrine can be added if shock persists despite optimal dose of epinephrine
- **Do not routinely give systemic corticosteroids for treatment of viral pneumonia outside clinical trials**
- **Conditional recommendation for corticosteroids use in septic shock**
 - In septic shock hydrocortisone 200 mg/day infusion or divided doses can be used
 - Watch for hepatic, renal, neurological, cardiac, and hematological complications of کووید-۱۹ disease in the ICU
 - Due to microembolization seen in کووید-۱۹ disease all patients should receive anticoagulation (at least for VTE prophylaxis) if there is no contraindication.
 - Full anticoagulation or thrombolytics, for all patients, should not be used routinely until robust studies support such measures.
 - There is no clear evidence supporting the use of hemoperfusion, IVIG, stem cell transplant or other immunomodulatory therapy in very severe کووید-۱۹ patients (except in the context of clinical trials).
 - Endotracheal aspirate for diagnosis is preferred over bronchial wash or bronchoalveolar lavage.

TABLE 1 Maximum exhaled air dispersion distance via different oxygen administration and ventilatory support strategies

Method	Maximum exhaled air dispersion distance
Oxygen via nasal cannula 5 L·min ⁻¹	100 cm
Oxygen via oronasal mask 4 L·min ⁻¹	40 cm
Oxygen via Venturi mask F _{IO₂} 40%	33 cm
Oxygen via non-rebreathing mask 12 L·min ⁻¹	<10 cm
CPAP via oronasal mask 20 cmH ₂ O	Negligible air dispersion
CPAP via nasal pillows	33 cm
HFNC 60 L·min ⁻¹	17 cm (62 cm sideways leakage if not tightly fixed)
NIV via full face mask: IPAP 18 cmH ₂ O, EPAP 5 cmH ₂ O	92 cm
NIV via helmet without tight air cushion: IPAP 20 cmH ₂ O, EPAP 10 cmH ₂ O	27 cm
NIV via helmet with tight air cushion: IPAP 20 cmH ₂ O, EPAP 10 cmH ₂ O	Negligible air dispersion

F_{IO₂}: inspiratory oxygen fraction; CPAP: continuous positive airway pressure; HFNC: high-flow nasal canula; NIV: noninvasive ventilation; IPAP: inspiratory positive airway pressure; EPAP: expiratory positive airway pressure.

راهنمای اکسیژن درمانی در بخش های COVID 19

با توجه به ایجاد اختلال در جریان اکسیژن بیمارستانها به علت افزایش مصرف اکسیژن در اورژانس و بخش کرونا موارد زیر برای صرفه جویی در مصرف اکسیژن به استحضار همکاران گرامی رسانده می شود:

۱. کانولای بینی برای تجویز اکسیژن در بیماران با هیپوکسی خفیف (اشباع اکسیژن شریانی ۹۰ تا ۹۲ درصد) استفاده می شود. حداکثر جریان اکسیژن برای کانولای بینی ۶ لیتر در دقیقه می باشد و می تواند غلظت اکسیژن دمی حداکثر ۴۵ درصد ایجاد کند. جریانهای بیشتر اکسیژن نه تنها درصد اکسیژن دمی را افزایش نمی دهد بلکه باعث خشکی مخاط بینی بیمار می شود
۲. ماسک ساده برای تجویز اکسیژن در بیماران با هیپوکسی متوسط (اشباع اکسیژن شریان ۸۵ تا ۸۹ درصد) استفاده می شود. جریان اکسیژن برای ماسک ساده ۶ تا ۱۰ لیتر در دقیقه است و می تواند غلظت اکسیژن دمی ۴۰ تا ۶۰ درصد ایجاد کند.
۳. ماسک رزرو دار برای تجویز اکسیژن در بیماران با هیپوکسی شدید (اشباع اکسیژن شریانی زیر ۸۵ درصد) استفاده می شود. جریان اکسیژن برای ماسک رزرو دار ۱۰ تا ۱۵ لیتر در دقیقه است و می تواند درصد اکسیژن دمی ۶۰ تا ۸۰ درصد ایجاد کند.

تجویز اکسیژن سرد در هوای دمی باعث پر خونی مخاط بینی و گرفتگی بینی می شود. لذا بهتر است برای جلوگیری از کاهش دمای اکسیژن دمی مخزن آب فلومتر دیواری خالی شود. پر کردن مخزن آب نه تنها میزان رطوبت هوای دمی را افزایش نمی دهد بلکه باعث کاهش دمای گازهای دمی و گرفتگی بینی می شود.

در صورتی که علی رغم اکسیژن درمانی با هر یک از وسایل فوق درصد اشباع اکسیژن شریانی بیمار به ۹۰ درصد نرسد بیمار نیازمند اکسیژن درمانی با ماسک CPAP یا تهویه غیر تهاجمی یا تهاجمی در بخش مراقبتهای ویژه می باشد و بهتر است برای بیمار مشاوره بستری در ICU درخواست شود.

برای مطالعه بیشتر

High flow nasal Oxygen:

سیستمی است که تا FiO2 ماکزیمم ۱۰۰٪ می توان با میزان فلو تا ماکزیمم ۶۰ لیتر در دقیقه داد. در این سیستم هوا از ۳۱ تا ۳۷ درجه سانتیگراد می تواند گرم شده و تا ۱۰۰٪ مرطوب گردد. این سیستم با ۵ مکانیسم فیزیولوژیک اثرات مفید خود را اعمال می نماید
(الف) Wash out گازهایی مانند CO2 از فضای مرده فیزیولوژیک
(ب) کاهش تعداد تنفس
(ج) ایجاد PEEP (میزان 1cmH2O به ازای هر ۱۰ لیتر فلو)
(د) افزایش (Vt) حجم جاری
(ر) افزایش حجم انتهای بازدمی

:Awake prone positioning

prone position بعنوان روشی کمکی برای بهبود سطح اکسیژن خون سالهاست که در بخش های ویژه و در بیمارانی که دچار ARDS شده اند، بکار می رود. این روش می تواند باعث افزایش ونتیلاسیون آلوئولی شود که منجر به افزایش سطح اکسیژن خون خواهد شد. همچنین خطر dorsal alveolar collaps را کاهش داده و باعث باز شدن فضای خلفی ریه ها می شود که حجم بیشتری از ریه را به خود اختصاص داده است. از سوپی به تخلیه ترشحات مجاری هوایی کمک می کند.

در حال حاضر prone position در کووید-۱۹ در بیمارانی که تحت ونتیلاسیون مکانیکی هستند و نیز moderate to severe ARDS برای مدت زمان ۱۶-۱۲ ساعت توصیه می شود

برخی مطالعات مختلف نشان داده است که برای بهبود وضعیت اکسیژن رسانی، می توان Awake proning را خیلی زودتر در این بیماران شروع کرد. این اقدام را میتوان در اورژانس، در زمان بستری و حتی در منزل در شرایطی که بیمار دچار افت اکسیژن می شوند، انجام داد. در مواردی که بیمار دچار تشدید علائم تنفسی می شود، استفاده از روش Self-proning حتی به مدت ۵ دقیقه ممکن است باعث بهبود سطح اکسیژن خون شود، تا بیمار به اورژانس ارجاع شود.

قدم به قدم در تجویز اکسیژن و اقدامات کمک تنفسی*

در اقدامات گام به گام تجویز اکسیژن ایده آل این است که اگر با اقدام انجام شده در عرض یک ساعت به هدف اشیاع اکسیژن (Target O2 saturation) نرسیدید، به مرحله بعدی بروید.

- 1) Make sure about the oxygen outlet delivery of at least 90%
- 2) Nasal Cannula up to 6 L/min
- 3) Face Mask 7-10 L/min
- 4) NRBFM or Reservoir mask (good fit) 10-15 L/min
- 5) High Flow Nasal Cannula (HFNC) titrate to target SpO₂
- 6) Non-invasive Ventilation (NIV) with high flow oxygen (10-20 L/min)
 - a) Tight fit mask, helmet if available
 - b) CPAP → 10 to 16 cmH₂O
 - c) BIPAP → I/E = 10-24 cmH₂O/4-10 cmH₂O (results in PS of 6 to 14)
 - d) It depends on patient's tolerance
 - e) Staff availability to control delivery of NIV
- 7) If above fail → Intubation and Mechanical Ventilation (MV):
 - a) Continuous hypoxia, SpO₂ <85-90%, for 1-2 hours
 - b) Continuous respiratory distress with
 - i) Respiratory acidosis, pH <7.25
 - ii) Rising PaCO₂ ≥ 70 mmHg
 - iii) ROX index ≤ 4.88**
 - iv) Decreasing GCS/altered mental status
 - v) Convulsions
 - vi) Persistent hypotension, BP <90 mmHg or MAP <65 mmHg for over 1 hour despite resuscitation
 - c) Check HME filter and ventilator exhalation filter quality
 - d) Pre-oxygenate with 100% FiO₂ for 5 minutes with reservoir, NIV or HFNC

e) Rapid-sequence intubation

*Evaluate patient every hour and step up if no improvement in respiratory rate and if SpO2 remains under 88% with prior therapy.

**ROX index

ROX Index = $SpO_2 / FiO_2 / RR$

ROX Index = Normal Range 18-33 (Awaits full validation)

ROX Index = $\leq 18-4.88$ ☐ Management with Oxygen Escalation ☐ Nasal Cannula ☐ Face Mask (Ordinary/Venturi), ☐ Non-Rebreather Face Mask (Reservoir Mask) ☐ High Flow Nasal Cannula ☐ Non-Invasive Ventilation.

ROX Index = ≤ 4.88 ☐ Usually Needs Intubation and Mechanical Ventilation.

Initial modes of MV

- Mode should be the one that physician is familiar with the most
- Consider neuromuscular blockade → Cisatracurium for 48 hours (PFR <150)

SIMV

1.Tidal Volume	→ 6 mL/ideal body weight (Height m ² x 22)
2. Respiratory Rate	→ 18-26/min
3.FiO ₂	→ Start 100%. decrease by 5 if target is achieved to minimum FiO ₂
4.PEEP	→ Start 8-20 cmH ₂ O depending on oxygenation and blood pressure
5. RM (PFR<150)	→ Depending on the experience of the intensivists
6.PS	→ 12-18 cmH ₂ O
7. Peak Airway Pressure	→ <40 mmHg
8. Plateau Pressure	→ <30 mmHg

Pressure SIMV /BiLevel

- if peak or plateau pressures remain high (>40 and >30)
- try to keep tidal volumes between 4-6 ml/kg”

1. Peak Inspiratory Pressure	→ 20-30 cmH ₂ O
2. FiO ₂	→ Start 100%, decrease by 5 if target is achieved to minimum FiO ₂
3. Respiratory Rate	→ 20-30/min (effected by the I/E ratio)
4. I/E ratios	→ 1 to 2 or 1 to 1. IRV if well sedated (watch for hypercapnia)
5. PEEP	→ Start 10-24 cmH ₂ O decrease per tolerance
6. RM (PFR<150)	→ Start PEEP 30-40. decrease by 5 every 30 to 40 seconds
7. PS	→ 12-18 cmH ₂ O
8. Peak Airway Pressure	→ <40 mmHg
9. Plateau Pressure	→ <30 mmHg

نکات کلیدی زیر در ارائه بهتر و باکیفیت تر خدمات در ICU حائز اهمیت بسیار است:

- All the general ICU care and prophylaxis apply
- VTE prophylaxis with higher doses and adjustment for BMI and D-Dimer levels (per protocol)
- Early (ideally in the first 24 h) and adequate enteral nutrition (usually 30 Kcal/Kg)
- Vitamin/trace elements supplementation
- High-dose vitamin C role is not clear (studies of up to 20 gram IV/day are not competed yet)
- Conservative fluid management (ARDS without tissue hypoperfusion)
- In moderate to severe ARDS use higher PEEP strategy
- In moderate-severe ARDS (P/F ratio <150) use neuromuscular blockade with caution only in selected patients with severe distress and un-controlled spontaneous breathing and dyssynchrony
- Avoid unnecessary or prolong patient disconnections from the ventilator
- Recommendations for non-invasive ventilation and high flow nasal cannula
 - They need to be closely monitored
 - Patient support and education increases cooperation
 - They may reduce the need for intubation

- Use only in highly selected patients
- Use should be with air-borne precaution till further studies
- HFNC → 40-60L/min with 60-100% FiO₂
- Trial of these modalities should not exceed 1 hour if ineffective
- Contraindications
 - HFNC*
 - Hypercapnia (exacerbation of obstructive lung disease, cardiogenic pulmonary edema)
 - Hemodynamic instability
 - Multi-organ failure
 - Abnormal mental status
 - NIV*
 - Hemodynamic instability
 - Multi-organ failure
 - Abnormal mental status

*Hypercapnia PaCO₂ > 70 mmHg and pH < 7.25 may require intubation and mechanical ventilation

راهنمای پذیرش بیماران در بخش مراقبتهای ویژه COVID 19

۱. پذیرش بیماران با تشخیص قطعی COVID 19 با PCR مثبت یا CT Scan با الگوی GGO مشخصه COVID 19 تحت شرایط زیر با تشخیص فوق تخصص مراقبتهای ویژه یا متخصص بیهوشی در بخش مراقبتهای ویژه خاص COVID 19 انجام خواهد شد:
 - ۱,۱. دیسترس تنفسی با تعداد تنفس بیش از ۳۰ نفس در دقیقه P/F Ratio کمتر از ۲۰۰ یا paO₂ کمتر از ۶۰ میلی متر جیوه و یا SPO₂ کمتر از ۹۰ درصد با FiO₂ بیشتر از ۵۰ درصد
 - ۱,۲. اختلال همودینامیک همراه MAP کمتر از ۶۰ میلی متر جیوه که به تجویز مایع وریدی به میزان ۵۰۰ میلی لیتر پاسخ ندهد و نیاز به حمایت وازوپرسو و اینوتروپ داشته باشد

۱,۳. اختلال نورولوژیک با کاهش سطح هوشیاری که نیاز به حمایت راه هوایی داشته باشد

۱,۴. اختلالات ارگانی متعدد که نیاز به حمایت ارگانی داشته باشد

راهنمای حفاظت فردی برای پرسنل و بیماران در بخش مراقبتهای ویژه COVID

برای حفاظت پرسنل و پزشکان موارد زیر رعایت گردد :

۱. با توجه به احتمال بسیار زیاد انتقال بیماری به پرسنل و پزشکان در بخش مراقبتهای ویژه در اثر قرار گرفتن در معرض ترشحات راه هوایی تمام پرسنل و پزشکان باید قبل از ورود به بخش پوشش های محافظت فردی توصیه شده را استفاده نموده و با لباس محافظ از بخش خارج نشوند
۲. تا حد امکان از رفت و آمد غیر ضروری به بخش مراقبتهای ویژه جلوگیری شود و از انتقال بیماران برای انجام گرافی یا پروسیجرهای تشخیصی و درمانی خودداری شود.
۳. برای تغذیه و استراحت پرسنل و پزشکان فضای مناسبی در خارج بخش مراقبت های در نظر گرفته شود.
۴. به منظور جلوگیری از خستگی پرسنل و کاهش تماس ایشان با بیمار COVID 19 شیفت ۸ ساعته و حداکثر شیفت ۱۲ ساعته در نظر گرفته شود.
۵. با توجه به محدودیت تعداد اعضای محترم هیئت علمی گروه بیهوشی و مراقبتهای ویژه شیفتها بصورت ۱۶ ساعته در روزهای عادی و ۲۴ ساعته در روزهای تعطیل خواهد بود.
۶. در صورت نیاز به تهویه غیر تهاجمی از ماسک دهان و بینی ویا Helmet فیلتر دار استفاده شود و در صورت نیاز به انتوباسیون برای کاهش احتمال انتشار ترشحات تنفسی می بایست انتوباسیون بصورت RSI با استفاده از گلایدوسکوپ انجام شود.
۷. برای دستگاه ونتیلاتور ست یکبار مصرف با فیلتر HEPA در ابتدای لوله دمی و انتهای لوله بازدمی و HME در ابتدای لوله تراشه استفاده شود و ساکشن لوله تراشه یا تراکئوستومی با Closed Suction انجام شود.

برای مراقبت مناسب از بیماران موارد زیر رعایت گردد:

۱. با توجه به پیشرفت سریع بیماری تمام داروها و وسایل طبق نظر پزشک مسئول شیفت بخش مراقبتهای ویژه در اسرع وقت تهیه گردد.
۲. تعداد مناسب پرستار بهیار و پرسنل خدمات برای هر بیمار در نظر گرفته شود حداقل یک پرستار برای دو بیمار و یک بهیار و یک پرسنل خدمات برای ۴ بیمار
۳. یک نفر فوق تخصص مراقبت های ویژه یا متخصص بیهوشی برای بخش مراقبت های ویژه با بیش از ۱۰ تخت

۴. با توجه به نیاز به سرعت انجام مشاورات تشخیصی و درمانی پزشکان مشاور بنا به تشخیص متخصص بیهوشی و فوق تخصص مراقبتهای ویژه از متخصصین گروههای عفونی، ریه، قلب، نفرولوژی و سایر تخصص های مورد نیاز باید در اسرع وقت جهت انجام مشاورات در کنار متخصصین گروه بیهوشی و مراقبت های ویژه برای خدمت به بیماران حضور بهم رسانند

۵. انتقال بیمار از بخش مراقبتهای ویژه به بخش COVID 19 در صورت عدم نیاز به حمایت ارگانی به منظور افزایش گردش بیماران و خدمت رسانی به تعداد بیشتری از بیماران بهتر است با سرعت بیشتری انجام شود

راهنمای ترخیص بیماران از بخش مراقبتهای ویژه COVID 19

ترخیص بیماران COVID 19 فقط به بخش COVID 19 با نظر فوق تخصص مراقبتهای ویژه یا متخصص بیهوشی مسئول بخش مراقبتهای ویژه با شرایط زیر انجام خواهد شد

۱. بهبود دیسترس تنفسی و اکسیژناسیون PaO2 بالاتر از ۶۰ میلی متر جیوه و PaCO2 کمتر از ۵۰ میلی متر جیوه بدون نیاز به حمایت تنفسی
۲. بهبود آریتمی جدید و عدم نیاز به حمایت قلبی عروقی با MAP بالاتر از ۶۰ میلی متر جیوه بدون نیاز به حمایت اینوتروپ و وازوپرسور مانیتورینگ دقیق ECG و همودینامیک
۳. بهبود اختلال ارگانی و عفونت سیستمیک و عدم وجود اختلال اسید باز و متابولیک
۴. انجام تست PCR COVID 19 پس از بهبود علائم بالینی و قبل از ترخیص بیماران برای مطالعات اپیدمیولوژیک

ضمیمه ۳: راهنمای کنترل قندخون در بیماران کووید-۱۹ بستری در بیمارستان

اسامی نویسندگان به ترتیب حروف الفبا:

دکتر بیژن ایرج: عضو هیات علمی گروه غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دکتر مریم حیدر پور: عضو هیات علمی گروه غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

کنترل قند خون در بیماران بستری

مقدمه

افرادی که مبتلا به بیماری های زمینه ای نظیر دیابت، فشارخون، ... می باشند، باید از نظر احتمال عدم کنترل یا تشدید بیماری زمینه ای مورد توجه قرار گیرند و در صورت لزوم مشاوره با متخصصین مربوطه صورت گیرد. در حقیقت یکی از مهمترین علل بستری مبتلایان به کووید-۱۹ در هر مرحله از این بیماری، عوارض ناشی از بیماری های زمینه ای نظیر افزایش شدید فشارخون، کتواسیدوز دیابتی و ... می باشد

توصیه های عمومی

۱- در تمام بیماران بستری بدون توجه به سابقه دیابت باید حتما نمونه خون جهت بررسی سطح قند خون به آزمایشگاه ارسال شود.

۲- هیپرگلیسمی در بیمارستان به صورت سطح قند خون (Blood Sugar) بیشتر از ۱۴۰ میلی گرم بر دسی لیتر تعریف می شود. در صورتی که BS آزمایشگاهی بیشتر از ۱۴۰ بود، باید هر ۶ ساعت به مدت ۲۴ تا ۴۸ ساعت BS با گلوکومتر اندازه گیری و ثبت شود.

۳- در صورتیکه بیمار سابقه دیابت ندارد و قند خون آزمایشگاهی بیمار > 140 باشد اندازه گیری های بعدی قند خون وابسته به شرایط بالینی بیمار است.

۴- در صورتی که سطح قند خون بیمار به طور پایدار ≤ 180 باشد، درمان با انسولین باید شروع شود.

۵- در بیمارانی که سابقه دیابت قبلی ندارند ولی سطح قند خون بیشتر از ۱۴۰ میلی گرم بر دسی لیتر باشد در صورتی که شرایط پایداری داشته باشند (شرایطی که سبب افزایش یا کاهش کاذب سطح HbA1c نمی شود) اندازه گیری HbA1c در بدو ورود می تواند در تشخیص وجود دیابت قبل از بستری کمک کننده باشد. در صورتی که HbA1c بیشتر یا مساوی ۶,۵ درصد باشد به نفع سابقه دیابت قبل از بستری می باشد.

۶- در بیمارانی که گلوکوکورتیکوئید دریافت می کنند یا تغذیه وریدی یا روده ای دارند (صرفنظر از سابقه دیابت) در ابتدا می بایست برای ۲۴ تا ۴۸ ساعت هر ۶ ساعت سطح قند خون را اندازه گیری نمود و اگر بدون استفاده از انسولین سطح قند خون کمتر از ۱۴۰ میلی گرم بر دسی لیتر باشد، لازم به ادامه اندازه گیری قند خون نیست. اگر بیمار دچار هیپرگلیسمی مداوم باشد (سطح قند خون بیشتر از ۱۸۰ میلی گرم بر دسی لیتر) می بایست از انسولین استفاده کرد. اگر قند خون با تجویز انسولین پایه یا پایه - بولوس اصلاح نشود و هیپرگلیسمی شدید باشد، می بایست از انسولین وریدی استفاده نمود.

۷- با توجه به اینکه تظاهرات اورژانسی غیرمعمول در بیماران دیابتی نوع ۲ از جمله کتواسیدوز دیابتی یا کتواسیدوز به همراه وضعیت کوماهی هیپراسمولار ممکن است در بیماران مبتلا به کووید-۱۹ ایجاد شود.

توصیه می شود کتون ادرار و PH خون در بیماران دیابتی یا کسانی که سابقه دیابت نداشته اما سطح قند خون بیشتر از ۳۰۰ میلی گرم بر دسی لیتر دارند، برای رد این شرایط بررسی شود.

۸- در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ و مبتلا به نوع شدید کووید-۱۹ که اندیکاسیون بستری در بیمارستان را دارند و قبل از بستری تحت درمان با داروهای خوراکی کاهنده قند خون بوده اند، با توجه به احتمال دهیدراتاسیون به علت ابتلا به کووید-۱۹ (ناشی از تهوع، استفراغ، اسهال، بی اشتهایی) می بایست داروهای خوراکی قطع شود و در صورت لزوم انسولین شروع شود.

۹- در صورتی که نتیجه به دست آمده با گلوکومتر با وضعیت بالینی همخوانی ندارد می بایست سطح قند خون با اندازه گیری از طریق گرفتن نمونه سرم، تطابق داده شود.

۱۰- هدف نگه داشتن سطح قند خون در محدوده ۱۴۰ تا ۱۸۰ میلی گرم بر دسی لیتر در بیماران بدحال (Critically ill) و غیر بد حال (NonCritically ill) می باشد.

۱۱- زمانی که سطح قند خون به کمتر از ۷۰ میلی گرم بر دسی لیتر برسد ضمن درمان سریع بیمار با انفوزیون گلوکز، می بایست رژیم درمانی انسولین را مجدداً بازنگری نموده تا از ایجاد هیپوگلیسمی عارضه دار جلوگیری شود.

۱۲- استفاده از انسولین های آنالوگ با توجه به میزان هیپوگلیسمی کمتر و راحتی استفاده برای پرستاران در شرایط کووید-۱۹ نسبت به انسولین های NPH/Regular ترجیح داده می شود با این حال در بیماران بستری در بیمارستان استفاده از انسولین های آنالوگ و انسولین های Human نتایج یکسانی بر روی کنترل قند خون داشته اند.

شرایطی که باید در افراد مبتلا به دیابت پرهیز شود

الف: عدم توجه به کنترل مناسب قند خون در این بیماران و یا استفاده از Insulin sliding scale (مثلاً استفاده از انسولین کوتاه اثر یا سریع الاثر به تنهایی هر ۴ تا ۶ ساعت بدون استفاده از انسولین بازال یا پایه)

ب: ادامه همان شیوه درمانی بیمار در منزل (مثلاً ادامه همان دوز انسولینی که استفاده می کرده است) بدون توجه به شرایط حادی که برای بیمار اتفاق افتاده است.

ج: عدم کنترل مناسب قند خون یا حتی قطع درمان هیپرگلیسمی به علت ترس از هیپوگلیسمی

کنترل قند خون در بیماران بستری در بخش (Non-critically ill Hospitalized Patients)

۱- انسولین زیرجلدی (رژیم انسولین پایه یا رژیم انسولین پایه - بولوس همراه با انسولین تصحیحی) درمان پیشنهادی انتخابی برای درمان هیپرگلیسمی این افراد می باشد.

- ۲- انسولین پایه (Basal) یا انسولین پایه - بولوس همراه با رژیم انسولین تصحیحی (Correction or supplemental Insulin Regime) در بیمارانی که داروهای خوراکی کاهنده قند خون در آنها در هنگام بستری قطع شده است براساس سطح قند خون و وزن بدن شروع شود و در بیمارانی که از قبل انسولین مصرف می کرده اند علاوه بر این موارد دوز قبلی مصرف انسولین هم باید در نظر گرفته شود.
 - ۳- در صورتی که بیمار غذا مصرف می کند BS قبل از هر وعده غذایی و موقع خواب و برای بیمارانی که غذا مصرف نمی کنند BS هر ۶ ساعت با گلوکومتر می بایست اندازه گیری شود.
 - ۴- با توجه به سطح قند خون قبل از غذا انسولین کوتاه اثر (یا انسولین Regular) یا انسولین سریع الاثر (آسپارت، گولیزین) به عنوان انسولین prandial استفاده شود.
 - ۵- در بیمارانی که بی اشتها هستند یا به هر دلیلی غذا نمی خورند (NPO هستند) ، دوز انسولین تصحیحی بر اساس قند خون هر ۴ ساعت (در کسانی که انسولین سریع الاثر آنالوگ دریافت می کنند) یا ۶ ساعت (در کسانی که انسولین کوتاه اثر استفاده می کنند) تعیین می شود.
 - ۶- از انسولین های Premix (NPH/Reg 70/30, Novo mix) در بیمارانی که نیاز به رژیم پایه - بولوس دارند به علت افزایش ریسک هیپوگلیسمی و همچنین غیرقابل انعطاف بودن تنظیم دوز استفاده نشود.
 - ۷- بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ یا نوع ۲ که از قبل انسولین دریافت می کرده اند کنترل دوز انسولین آنها براساس دوز کلی روزانه (Total Daily Dose) قبلی و کنترل قند خون بیمار در بیمارستان انجام می شود.
 - ۸- در بیمارانی که داروی خوراکی کاهنده قند خون استفاده می کرده اند رژیم انسولین درمانی را در صورتی که قند خون بیشتر از ۱۸۰ میلی گرم بر دسی لیتر به طور مداوم باشد باید شروع کرد.
 - ۹- در مورد انسولین گلارژین یکبار در روز و انسولین Levemir یک تا دوبار و انسولین NPH به صورت دو بار در روز به نسبت دوسوم دوز در صبح و یک سوم دوز در عصر می بایست دوز انسولین را تنظیم نمود.
 - ۱۰- در صورت استفاده از رژیم بازال - بولوس دوز کلی روزانه (Total Daily Dose:TDD) به صورت $0.2-0.5 \text{ U/Kg}$ بر اساس شرایط بیمار تنظیم می شود و نصف دوز به صورت انسولین پایه و مابقی به صورت انسولین بولوس به صورت مساوی بین وعده های غذایی تقسیم شود. در صورتی که بیمار یک وعده غذا مصرف نکرد می بایست دوز انسولین بولوس حذف شود و براساس انسولین مورد نیاز تصحیحی تصمیم گیری شود.
- . در مورد انسولین آنالوگ گلارژین یکبار در روز در یک ساعت مشخص (در مورد انسولین لومیر در صورت افزایش دوز انسولین باید دو بار در روز تجویز کرد) و در مورد NPH دو سوم صبح و یک سوم عصر تجویز شود. لازم به ذکر است که برای پرهیز از هیپوگلیسمی شبانه دوز انسولین های بولوس شب را می توان کمتر تجویز کرد.

- میزان TDD بر اساس شرایط بیمار باید محاسبه شود. حد پایینی برای محاسبه TDD (۰,۳-۰,۲) برای بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی ($Cr \geq 2$ یا $GFR < 45ml/min$) یا افراد ≤ 70 سال و بیماران با کوموریدیتی متعدد و خطر بالا برای هیپوگلیسمی باید در نظر گرفته شود.
- در بیمارانی که غذا مصرف نمی کنند یا NPO هستند دوز انسولین بازال مورد استفاده 0.1 – 0.2 U/Kg بر اساس شرایط بیمار می باشد و انسولین تصحیحی (انسولین کوتاه اثر یا سریع الاثر) هر ۴ تا ۶ ساعت تزریق می شود.

۱۱- لازم به ذکر است برای محاسبه انسولین تصحیحی یا Correction or Supplemental Insulin Dose انسولین سریع الاثر یا کوتاه اثر را باید به انسولین پایه - بولوس به شکل زیر اضافه نمود که قبل از غذا به انسولین بولوس پرندیال برای افرادی که غذا مصرف می کنند و هر ۴ تا ۶ ساعت برای افرادی که NPO هستند، می باشد.

سطح قند خون	دوز توصیه شده انسولین
141-180 mg/dl	2-4 unit
181-220 mg/dl	4-6 Unit
221-260 mg/dl	6-8 Unit
261-300 mg/dl	8-10 Unit
301-350 mg/dl	10-12 Unit
351-400 mg/dl	12-14 Unit
>400 mg/dl	14-16 Unit

تبصره: برای محاسبه Correction Insulin Dose در بیمارانی که غذا مصرف نمی کنند یا در افراد مسن، افراد مبتلا به نارسایی کلیوی یا وجود بیماری های همراه شدید یا در خطر بالای هیپوگلیسمی، در هر مورد حد پایینی دوز انسولین را می بایست تجویز نماییم و در کسانی که کورتیکواستروئید دریافت می کنند، چاق هستند یا قبل از بستری بیشتر از ۸۰ واحد انسولین در روز مصرف می کرده اند می بایست حد بالایی دوز انسولین را تجویز نمود.

۱۲- در صورتی که بیمار نیاز به انسولین تصحیحی داشته باشد، ۸۰ درصد مقدار مورد نیاز در طی ۲۴ ساعت را حساب کرده و به دوز انسولین بازال روز بعد بیمار اضافه می کنیم.

کنترل قند خون در بیماران بد حال بستری در بخش های مراقبت ویژه

- ۱- در بیماران بستری در ICU که در فاز شدید بیماری مانند فاز التهابی حاد یا ARDS می باشند و شرایط ناپایداری دارند، برای تنظیم صحیح دوز انسولین و پرهیز از تغییرات شدید سطح قند خون که معمولاً همراه با تزریق زیرجلدی انسولین می باشد و با در نظر گرفتن نیاز بالای انسولین بیمار در این شرایط، تجویز انسولین داخل وریدی توصیه می شود. همچنین در کسانی که هیپرگلیسمی شدید دارند (سطح قند خون بالاتر از ۳۰۰ میلی گرم بر دسی لیتر در دو بار اندازه گیری) می توان از انسولین داخل وریدی (طبق پروتکلی که در ادامه خواهد آمد) استفاده نمود.
- ۲- در صورت استفاده از انسولین وریدی می بایست هر یک ساعت سطح قند خون با گلوکومتر اندازه گیری شده و هدف سطح قند خون بین ۱۴۰ تا ۱۸۰ میلی گرم بر دسی لیتر می باشد.
- ۳- در بیمارانی که غذا مصرف نمی کنند می بایست همزمان انفوزیون گلوکز به منظور تامین کالری، کاهش کاتابولیسم و جلوگیری از ایجاد هیپوگلیسمی نیز انجام شود.
- ۴- در هنگام دریافت انسولین وریدی می بایست هر ۴ ساعت سطح پتاسیم خون اندازه گیری شده و برای جایگزینی پتاسیم طبق جدول زیر عمل شود.

سطح پتاسیم خون	توصیه به تجویز پتاسیم
> 5.3 meq/L	نیاز به تجویز پتاسیم ندارد.
3.3 – 5.3 meq/L	محلول KCL 15% به میزان 20 تا ۳۰ میلی اکی والان در هر لیتر مایع انفوزیون وریدی اضافه شود.
< 3.3	انفوزیون انسولین قطع شود. محلول KCL 15% به میزان ۲۰ تا ۴۰ میلی اکی والان در ساعت به صورت انفوزیون وریدی تجویز شود تا K به بالای 3.3 برسد سپس می توان انفوزیون انسولین را شروع کرد.

پروتکل انفوزیون انسولین در بیماران بستری در ICU

- ۱- باید توجه داشت این پروتکل برای کتو اسیدوز دیابتی و وضعیت هیپراسمولار استفاده نمی شود و در این شرایط باید به دستورالعمل های مربوطه مراجعه شود.

۲- ابتدا مایع انسولین را به گونه ای تهیه نمایید که در هر یک سی سی نرمال سالین یک واحد انسولین رگولار وجود داشته باشد.

۳- پنجاه سی سی از مایع به دست آمده را باید قبل از تزریق برای Priming ست تزریق (اشباع لوله های تزریق از انسولین) استفاده نمود.

۴- دوز شروع انسولین وریدی و انسولین بولوس: باید قند خون اولیه بیمار را بر عدد ۱۰۰ تقسیم کرده و به نزدیک ترین نیم واحد گرد کرد.

مثال ۱: اگر قند خون اولیه ۳۲۵ میلی گرم بر دسی لیتر باشد با تقسیم بر صد، عدد ۳,۲۵ به دست می آید که با گرد کردن به نیم واحد بعدی عدد ۳,۵ به دست می آید. لذا انسولین بولوس را باید با دوز ۳,۵ واحد وریدی تزریق و با همین مقدار در ساعت انفوزیون را شروع کرد.

مثال ۲: اگر قند خون اولیه ۱۷۴ میلی گرم بر دسی لیتر باشد با تقسیم بر صد عدد ۱,۷۴ به دست می آید که با گرد کردن به نیم واحد بعدی عدد ۱,۵ به دست می آید. لذا انسولین را باید با دوز ۱,۵ واحد تزریق وریدی شروع و به صورت ۱,۵ واحد در ساعت انفوزیون را شروع کرد.

۵- تنظیم دوزهای بعدی :

تغییرات اعمال شده در دوز انسولین با توجه به تغییرات سطح قندخون بر طبق جدول زیر اعمال می شود.

سطح قند خون	توصیه تغییر دوز انسولین
141-180 mg/dl	نیاز به تغییر دوز نداریم.
<70 mg/dl	انفوزیون انسولین باید قطع شود و یک ویال گلوکز ۵۰٪ تجویز نمود تا سطح قند خون به بالاتر از ۱۰۰ میلی گرم بر دسی لیتر رسیده و سپس با انفوزیون سرم دکستروز ۱۰٪ ادامه داده تا سطح قند خون به بالاتر از ۱۴۰ میلی گرم بر دسی لیتر برسد. در این حالت دوز انسولین وریدی را با نصف دوز قبلی می بایست شروع نمود.
70-140 mg/dl	انفوزیون وریدی باید قطع شود و هر ۱۵ تا ۳۰ دقیقه می بایست سطح قند خون اندازه گیری شده تا به بالاتر از ۱۴۰ میلی گرم بر دسی لیتر برسد. سپس انفوزیون انسولین را با ۲۵٪ کاهش ادامه داد.
>180 mg/dl	به ازاء هر ۵۰ عدد افزایش سطح قند خون می بایست به میزان نیم واحد در ساعت به دوز انسولین وریدی اضافه شود. (قبل از اضافه کردن دوز انسولین باید از باز بودن مسیر انفوزیون مطمئن شد.)

نحوه تبدیل انسولین وریدی به زیرجلدی:

- ۱- زمانی که وضعیت بیمار پایدار شد می توان انسولین وریدی را به انسولین زیر جلدی تبدیل نمود.
- ۲- به علت نیمه عمر کوتاه انسولین وریدی می بایست انسولین پایه زیرجلدی را حداقل دو ساعت قبل از قطع انفوزیون انسولین وریدی و انسولین کوتاه اثر را یکساعت قبل از قطع انفوزیون انسولین وریدی تجویز نمود.
- ۳- باید نیاز ۲۴ ساعته انسولین را از طریق میزان متوسط انسولین وریدی مورد استفاده در ۸ ساعت قبل محاسبه نمود (به شرط پایدار بودن دوز انسولین) و در عدد ۳ ضرب نموده تا دوز اولیه انسولین زیرجلدی در شبانه روز به دست آید.
- ۴- باید ۶۰-۸۰٪ دوز محاسبه شده در ۲۴ ساعت را به عنوان Total Daily Dose در نظر گرفت. از این میزان ۵۰٪ به شکل انسولین پایه و ۵۰٪ به صورت انسولین بولوس به سه دوز منقسم قبل از غذا می باشد.

درمان هیپوگلیسمی

هیپوگلیسمی در بیماران دیابتی با سطح قند خون ≥ 70 میلی گرم بر دسی لیتر شناخته می شود. در این صورت باید درمان با انسولین به طور موقت قطع شود. در بیمارانی که انفوزیون انسولین دریافت می کنند انفوزیون به طور موقت قطع شود.

در بیماران غیرهوشیار و یا هوشیاری که قادر به مصرف غذا نمی باشند، یک ویال گلوکز ۵۰٪ به صورت وریدی انفوزیون شده و با دکستروز ۱۰٪ ادامه یابد. سپس هر ۱۵ تا ۳۰ دقیقه سطح قند خون اندازه گیری شود تا به بالاتر از سطح هدف مورد نظر برسد.

در صورتی که بیمار قادر به مصرف غذا می باشد، می توان ۱۵ تا ۲۰ گرم کربوهیدرات ساده (مانند ۳ تا ۴ قاشق شکر محلول در آب، یک فنجان آب میوه صنعتی و...) به بیمار داده شود، سپس هر ۱۵ دقیقه تا ۳۰ دقیقه سطح قند خون را اندازه گیری نمود و در صورتی که هنوز به سطح هدف نرسیده باشد مجدداً مصرف کربوهیدرات تکرار شود تا سطح قند خون به بالاتر از سطح هدف مورد نظر برسد.

تبصره:

الف. در صورتی که بیمار غذا و میان وعده کافی مصرف کرده و دچار هیپوگلیسمی شده باشد (در بیمارانی که غذا مصرف نمی کنند در صورتی که علت قابل توجهی یافت نشد)، باید دوز انسولینی که مسئول بروز این هیپوگلیسمی است (بازال یا بولوس) را ۱۰ تا ۲۰ درصد کاهش داد.

ب. در بیمارانی که انفوزیون انسولین دریافت می کنند بعد از اینکه سطح قند خون به بالاتر از ۱۴۰ میلی گرم بر دسی لیتر رسید انفوزیون انسولین با ۵۰ درصد کاهش دوز انسولین قبلی ادامه می یابد.

منابع ضمیمه سوم:

1. Riddle CM. et al. Diabetes Care in the hospital. 2020. American Diabetes Association
2. Guillermo E. et al. Management of hyperglycemia in hospitalized patients in non-critical care setting: an endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrine Metab,2012,97(1):16-38
3. Joslin diabetes center and joslin clinic guideline for inpatient management of surgical and ICU patients with diabetes (Pre-, Peri- and Postoperative Care) 12-30-2015
4. Siegel M. et al. Implementation of a Safe and Effective Insulin Infusion Protocol in a Medical Intensive Care Unit. Diabetes Care. Volume 27. Number 2. February 2004
5. Bornstein SR. et al. Practical recommendations for the management of diabetes in patients with کووید-۱۹. Lancet Diabetes Endocrinol 2020
6. Wang W. et al. Care for diabetes with کووید-۱۹: Advice from China. Journal of Diabetes. 2020; 12:417-419.
7. Matfin G. et al. Endocrine and metabolic medical emergencies. Wiley Blakcwell. Second edition.2018
8. Kasper D. et al. Harrisons principles of internal medicine. Metabolic Endocrine Disorders.2018

ضمیمه ۴: بیماری کووید و مبتلایان به بدخیمی

اسامی نویسندگان :

دکتر مجید مختاری، فوق تخصص ریه ، فلوشیپ ICU، استاددانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

بیماری کووید و مبتلایان به بدخیمی

مقدمه

در حال حاضر راهنمای قطعی که توسط انجمن های معتبر مراقبت و درمان کانسر در مورد مشکلات بیماران مبتلا به کانسر در دوران کووید-۱۹ تهیه شده باشد وجود ندارد. اطلاعات محدودی در این زمینه وجود دارد و فقط در یک مطالعه کوهورت در ۱۵۹۰ بیمار، ۱۸ بیمار مبتلا به کانسر بوده اند و در این تعداد اندک نیز نتیجه بسیار بدتر از سایر بیماران بوده است. به هر حال این مشاهده هرگز برای اطمینان از این فرضیه که افراد مبتلا به بدخیمی در معرض خطر بیشتری در ابتلا به کووید-۱۹ قرار دارند، نمی تواند باشد^۱.

تنوع در انواع کانسرها و نحوه درمان آنها در همین تعداد بیماران، ممکن است نتیجه درمان بیماران را تحت تأثیر قرار داده باشد. ۱۳ نفر (۰.۷۲٪) از بیماران سابقه جراحی اخیر را داشته و بسیاری از آنان سیگاری بودند که بعنوان متغیر های مخدوش کننده ممکن است نیاز بیشتر به بستری در ICU، نارسایی تنفسی، نیاز به ونتیلاتور و نهایتاً مرگ و میر بالای آنان را توجیه کند. در حقیقت مصرف سیگار باعث بیان ژن -converting enzyme 2 angiotensin ، همان رسپتور ویروس کرونا می شود که می تواند احتمال بروز بیماری شدیدتر کووید-۱۹ را در سیگاری ها توجیه کند.

بعبارت دیگر شواهد موجود دلالت بر این دارد که التهاب بیش از حد و آسیب ریه ناشی از تأثیر سیتوکین ها ممکن است نقش مهمی در بروز وقایع شدید و خطرناک کووید-۱۹ داشته باشد. به هر حال شواهد نشان می دهد که پیدایش بدخیمی ها معمولاً مرتبط با عوامل زیر است:

- blunted immune status
- suppressed induction of pro-inflammatory danger signals
- impaired dendritic cell maturation
- enhanced functional immunosuppressive leukocyte populations

که در واقع برعکس اتفاقاتی است که در جریان بیماری کووید-۱۹ برای فرد رخ می دهد^۲.

با توجه به اینکه پیش بینی می شود که در شرایط اپیدمی کووید-۱۹ با کمبود جدی نیروهای بهداشتی مواجه شویم و از سویی خطر درمان های بدخیمی های در این دوران بیشتر می شود. در این شرایط این که چگونه و در کجا بیمار مبتلا به بدخیمی درمانهای خاص خود را بگیرد، تصمیم بسیار سختی خواهد بود. چالش پیش روی ما اینست که ارائه درمانهای ضد بدخیمی را در زمانی که فرد نیاز دارد و در بهترین زمان ممکن به وی ارائه کنیم.

توصیه های عمومی:

ارزیابی اولیه و برقراری ارتباط

- قبل از هر ویزیت تلفنی تریاژ کنید
- کاهش تماس های چهره به چهره با:

 - مشاوره تلفنی یا تماس تصویری با بیمار انجام دهید (خصوصاً برای ویزیت های پیگیری و مشاوره های قبل از درمان)
 - پیگیری های حضوری غیر ضروری را کنسل کنید
 - اگر امکان آن وجود داشته باشد، ارائه درمان دارویی در منزل انجام شود

- **Introducing drive-through pick-up points for medicines**
- از مراکز بهداشتی نزدیک منزل بیمار می توانید انجام برخی آزمایشات و خونگیری ها استفاده کرد
- شرح حال علائم تنفسی اخیر را از بیمار بگیرید

 - شناسایی زودهنگام بیماران و جداسازی فرد و کاهش تماس با دیگران
 - سریعاً با شروع علائم تنفسی باید نمونه برای تشخیص کووید-۱۹ ارسال شود

- با دقت زیاد باید کنترل عفونت و اقدامات درمانی انجام شود

 - محافظت از بیمار
 - محافظت از پرسنل
 - پیشگیری از انتشار عفونت

برنامه ریزی برای بیمار

- به تعویق انداختن ویزیت های روتین بیماران که فعلاً تحت درمان نیستند و همچنین میتوان نوبت ویزیت های پیگیری را به تعویق انداخت
- یک روز قبل از نوبت ویزیت بیمار به وی زنگ بزنید و در مورد علائم کووید-۱۹ از وی سوال کنید
- مدت زمان انتظار بیماران را کوتاه کنید
- به دقت برای بیماران برنامه ریزی کنید
- بیماران را تشویق کنید که سر وقت مراجعه کنند و زودتر نیایند

- بیمار می تواند در ماشین خودش بیرون مطب/کلینیک منتظر بماند و در زمان مقرر با وی تماس گرفته می شود تا وارد مطب شود
- از بیمار بخواهید که بدون همراه یا با حداقل افراد به مرکز درمانی مراجعه کنند تا میزان تماس یا انتقال عفونت بین افراد کاهش یابد

برنامه درمان در بیمارانی که مورد مشکوک/قطعی کووید-۱۹ هستند

- بیمارانی که دچار تب یا سایر علائم مشکوک به بیماری کووید-۱۹ باشند، ارزیابی کاملی طبق دستورالعمل کشوری باید انجام شود
- در بیمارانی که مبتلا به کووید-۱۹ باشند و تحت درمان ضد کانسر باشند، درمان را تا جای ممکن به تأخیر انداخته یا آن را متناسب کنید
- بر اساس اطلاعات فعلی، بیماران مبتلا به کانسر بیشتر در معرض عفونت ویروس کرونا و عوارض ناشی آن هستند
- اما در بیمارانی که احتمال بالایی برای ابتلا به کووید-۱۹ وجود ندارد، ترجیح داده می شود که درمان ضد کانسر شروع شده یا ادامه یابد
- بر اساس شرایط هر فرد با توجه به اهداف درمان ضد کانسر، شرایط فعلی بیمار از نظر وضعیت بدخیمی، تحمل داروها و وضعیت عمومی، در مورد شروع یا ادامه درمان ضد کانسر باید تصمیم گیری شود
- باید بررسی شود که امکان تزریق داروهای شیمی درمانی در منزل (با توجه به شرایط منزل، قابل تحمل بودن برای بیمار، جنبه های بالینی و حضور فردی که بتواند تزریقات را انجام دهد) وجود دارد و در این صورت می توان به این گزینه فکر کرد
- زمانی که فرد مبتلا به کانسر دچار بیماری کووید-۱۹ شد، باید طبق دستورالعمل های کشوری اقدامات درمانی و کنترل عفونت و ایزولاسیون صورت گیرد
- تمام احتیاطات مربوط به بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در زمینه انتقال بیماران و شرایط درمان سرپایی، در مورد این بیماران هم باید رعایت شود
- تمام پرسنل بهداشتی که در ارتباط با بیماران مبتلا به کانسر فعالیت می کنند باید از دستورالعمل های حفاظت شخصی در مورد کرونا و مراقبت های لازم تبعیت کنند
- اطلاعات کافی در مورد استفاده از تجهیزات شخصی پیشگیرانه وجود داشته باشد

اولویت بندی بیماران مبتلا به کانسر برای درمان

- از جدول شماره یک برای اولویت بندی بیمارانی که نیاز به درمان سیستمیک ضد کانسر دارند استفاده کنید
- شدت نقص ایمنی مرتبط با درمان فرد و نوع بدخیمی و هر فاکتور خطر خاص فردی

- جنبه های مربوط به ظرفیت ها نظیر محدودیت منابع (فشار کار، مراکز، بخش های ویژه، تجهیزات)
- در غالب یک تیم تخصصی متشکل از رشته های مختلف تخصصی برای فرد تصمیم بگیرد. تصمیمات کلاملا بر مبنای هر فرد می باشد. دقت کنید که جزئیات علت تصمیم گیری درمانی فرد در پرونده او نوشته شده باشد.
- خطر کانسر درمان نشده را با درمان منجر به بروز نقص ایمنی که فرد را معرض خطر بیماری کووید بسیار شدید قرار می دهد، مقایسه کنید
- به روشنی با ثبت تمام اطلاعات بیمار و دلایل تصمیم گیری در مورد درمان بیمار، با خانواده و همراهیان بیمار صحبت کنید

اصلاح و ایجاد تغییرات در خدمات روتین و معمول بیماران

- فکر کنید که چگونه می توانید با استفاده از منابع موجود، میزان تماس بیمار را با بیماری کووید-۱۹ کاهش دهید (فشار کاری، مراکز درمانی، بخش های ویژه، تجهیزات)
- سعی کنید درمان ضد کانسر بیمار به گونه ای طراحی شود که کمترین اثر ایمنوساپرشن را داشته و از روش های دیگری برای تجویز دارو استفاده شود. برای مثال:
- تبدیل درمانهای تزریقی وریدی به تزریقات زیر جلدی یا خوراکی (البته به شرط مؤثر بودن دارو). در کمیسیون درمان بیمار باید مطرح و تصمیم گیری شود
- استفاده از رژیم های کوتاه مدت
- کاهش تعداد درمانهای ایمنوتراپی، برای مثال هر ۶-۴ هفته یکبار
- تجویز درمان های خوراکی یا درمانهایی که در منزل قابل استفاده بوده و نیازی به مراجعه فرد به بیمارستان ندارد
- اجتناب از درمانهایی که عوارض دراز مدت، نظیر عوارض استخوانی دارد
- تا جایی که ممکن است داروهایی تجویز شود که قابل ارائه در منزل باشد. اما همواره به توانایی افراد در ارائه درمان در منزل توجه کنید
- ممکن است موقتاً امکان قطع درمان (برای مثال برای مدت ۶ هفته یا بیشتر) وجود داشته باشد
- در سطوح برنامه ریزی باید برای ایجاد تغییرات در روند معمول ارائه خدمات به این دسته بیماران، تصمیم گیری و تغییرات در نظر گرفته شود
- مطمئن باشید که تصمیم گیری برای هر فرد بر اساس ویژه گی ها و الزامات فردی او بوده و در یک تیم تخصصی متشکل از چندین رشته برای وی تصمیم گیری می شود. تمام تصمیمات و دلایل انتخاب آنها باید در پرونده بیمار ثبت شود
- در مورد تمام تصمیمات اتخاذ شده (اعم تغییر دارو، تغییر نحوه تجویز دارو، ارائه در منزل و ...) با بیمار و همراهیان وی صحبت کنید

قطع درمان

- وقتی نیاز به قطع درمان باشد باید پزشک در پرونده بیمار ثبت کند که علت قطع دارو، بیماری کووید-۱۹ بوده است
- باید توسط انجمن انکولوژی و رادیوتراپی سیاست قطع درمان تدوین و اجرایی شود
- درخواست قطع دارو حتی در صورت امکان پیشرفت بدخیمی ممکن است بر اساس شرایط بیمار داده شود. در حقیقت از نظر پزشک این منطق دنبال می شود که با شروع مجدد درمان بیمار می توان شانس بهبودی را برای بیمار در نظر گرفت
- انتظار می رود که پاسخ به درمان باید ۲ تا ۳ دوره پس از شروع درمان ضد کانسر مجدداً ارزیابی شود.

نکات مهم و شرایط پیچیده ای که باید در نظر گرفته شود:

بدخیمی های خونی

- Using R-CHOP instead of R-EPOCH for double hit lymphomas
- Delaying allogeneic stem cell transplantation.
- در برخی بیماران که بشدت در معرض خطر ابتلا به کووید-۱۹ قرار دارند، به تأخیر انداختن planned allogeneic SCT می تواند منطقی باشد، خصوصاً اگر بدخیمی بیمار با درمانهای انجام شده تحت کنترل باشد
- نکات زیر می تواند در ارائه خدمات متناسب در نظر گرفته شود
- آزمایش دونور از نظر کووید-۱۹ حتی در صورت نبود شواهد فعلی مبنی بر انتقال ویروس کرونای جدید از خون می تواند منطقی باشد.
- بعنوان یک احتیاط عمومی ملاقات های پس از پیوند بشدت باید محدود شود و افراد قبل از ملاقات از نظر ابتلا به کووید-۱۹ و نیز در معرض ابتلا بودن احتمالی، ارزیابی شوند.
- در حال حاضر شواهدی به نفع استفاده از داروی پروفیلاکسی برای کووید-۱۹ در افراد با نقص ایمنی وجود ندارد.
- این موضوع زمینه ای برای مطالعات آتی خواهد بود.
- پروفیلاکسی برای سایر بیماری های ویروسی طبق روتین و دستورالعمل ها و استانداردهای موجود در این افراد باید ادامه یابد.
- داروی اسلتامیویر تأثیر شناخته شده ای در درمان کووید-۱۹ ندارد.
- در حال حاضر شواهدی به نفع تغییر یا قطع شیمی درمانی یا ایمونوتراپی در بیماران مبتلا به بدخیمی یا در بیماران BMT/SCT وجود ندارد

- قطع **critical anti-cancer or immunosuppressive therapy** در حال حاضر توصیه نمی شود
- بیماران **BMT/SCT** ممکن است مدت های طولانی، علیرغم قطع شیمی درمانی پس از پیوند، ایمنوساپرسیو دریافت کنند
- برای بیمارانی که **deep remission** داشته و تحت درمان نگهدارنده هستند، قطع شیمی درمانی ممکن است در نظر گرفته شود

نکات عمومی

- در برخی بیماران ممکن است بتوان درمان تزریقی را به خوراکی تبدیل نمود و به این ترتیب تواتر مراجعات به بیمارستان ها کاهش می یابد
- تصمیم در مورد تغییر یا توقف شیمی درمانی باید شامل در نظر گرفتن جوانب مختلف اعم از اندیکاسیون شیمی درمانی و اهداف مراقبت و نیز روند درمانی بیمار و تحمل بیمار باشد
- ارزیابی خطر: اثربخشی برای ادامه شیمی درمانی در بیماران با **extensive small cell lung cancer** درمان نشده از درمان نگهدارنده در **metastatic NSCLC** کاملاً متفاوت خواهد بود
- بیماران باید اطلاعات کافی و مناسب در مورد کووید-۱۹ داشته باشند که شامل نحوه شستشوی دستها، رعایت بهداشت و کاهش تماس با افراد و نرفتن به محیط های شلوغ خواهد بود
- اگر در یک مرکز شیمی درمانی انتقال کووید-۱۹ صورت گرفته باشد، تعطیلی مرکز به مدت دو هفته و راه اندازی یک مرکز استریل دیگر برای ارائه خدمات درمانی مبتلایان به کانسر می تواند یک انتخاب خوب باشد

خطر نوتروپنی در **Adjuvant chemotherapy**

- ممکن است یکی از عواملی باشد که باعث بدحالی بیماران حین ابتلا به کووید-۱۹ می شود
- **for example in Determination of the risk vs small benefit in coming weeks ER+ breast cancer**
- در برخی شرایط ممکن است به تأخیر انداختن یا تغییر **Adjuvant chemotherapy** خطر جدی برای بیمار داشته باشد (در زمینه کنترل بیماری و بقای طولانی مدت)
- استفاده پروفیلاکسی از **Growth factor** و در رژیم های پر خطر شیمی درمانی و نیز مصرف آنتی بیوتیک های پیشگیرانه ممکن است باعث شود که این افراد کمتر مستعد ابتلا به عوارض کووید-۱۹ شوند
- در بیمارانی که **Adjuvant chemotherapy** سود زیادی نداشته و البته انواع داروهایی که نقص ایمنی ایجاد نمی کنند، در اختیار باشد، ممکن است از این داروها استفاده شود (نظیر درمان با هورمون در **ER+ early-stage breast cancer**)

- در حال حاضر دستورالعمل یا شواهدی در زمینه استفاده از ماسک (ماسک جراحی، ماسک N95) در مبتلایان به بدخیمی بمنظور جلوگیری از ابتلا به کووید-۱۹ وجود ندارد
- بیماران و پزشکان باید مقید به رعایت گایدلاین های ملی و جهانی در زمینه استفاده از ماسک باشند
- در حال حاضر فاصله گیری اجتماعی و قوانین عمومی استفاده از انواع ماسک (ماسک جراحی، ماسک N95) در مبتلایان به بدخیمی نظیر بقیه است
- تمام احتیاطات استاندارد برای حفاظت بیماران و پیشگیری از انتقال عفونت در مورد این گروه بیماران نیز باید رعایت شود
- شواهدی مبنی بر لزوم استفاده از ماسک N95 در بیماران نوتروپنیک که در بیمارستان بستری نیستند، وجود ندارد

Prioritizing Patients for Systemic Anticancer Treatment

Priority level	Categorisation based on treatment intent and risk:benefit ratio of treatment
1	Curative treatment with a high (more than 50%) chance of success
2	Curative treatment with an intermediate (15% to 50%) chance of success
3	Non-curative treatment with a high (more than 50%) chance of more than 1 year extension to life
4	Curative therapy with a low (0% to 15%) chance of success or non-curative therapy with an intermediate (15% to 50%) chance of more than 1 year extension to life
5	Non-curative therapy with a high (more than 50%) chance of palliation or temporary tumour control and less than 1 year expected extension to life
6	Non-curative therapy with an intermediate (15% to 50%) chance of palliation or temporary tumour control and less than 1 year expected extension to life

ضمیمه ۵: راهنمای تشخیص و درمان جنبه های روانپزشکی و

سلامت روان در بیماری کووید ۱۹

اسامی نویسندگان:

دکتر سید شهاب بنی هاشم، دکتر محمد تقی یاسمی، دکتر احمد علی نوربالا، دکتر مریم رسولیان، دکتر احمد حاجبی، دکتر
علیرضا شمسی

بقیه همکاران به ترتیب الفبا:

دکتر محمد اربابی، دکتر مهرشاد پورسعید، دکتر علی پیرصالحی، دکتر علی خردمند، دکتر بهنام شریعتی، دکتر راضیه
صالحیان، دکتر عاطفه قنبری، دکتر محمدرضا مشاری، دکتر سمیه معتضدیان، دکتر فاطمه میرفاضلی، دکتر علی اکبر نجاتی
صفا، دکتر سیده مروارید نیشابوری

"نخستین ویرایش این متن در کار گروه حمایت های روانی اجتماعی مدیریت کرونای استان تهران تهیه شده
است."

جنبه های روانپزشکی و سلامت روان در بیماری کووید ۱۹

توضیح: این متن با چارچوب کلی راهنمای تشخیص و درمان بستری و سرپایی بیماری کووید ۱۹ ویرایش ۸ تطبیق یافته است. بدیهی است جنبه های پیشگیرانه و حمایت روانی اجتماعی در پروتکولهای جداگانه روزآمد شده و منتشر خواهد گردید.

مقدمه:

علاوه بر شرایط نامساعد جسمانی، بیماران مبتلا به COVID-19 بستری در بخشهای کرونا در معرض استرس قابل توجهی هستند که منابع مختلفی دارد. منابع استرس می تواند مربوط به نگرانی از بیماری و عواقب خانوادگی، شغلی، مالی یا در برخی مناطق، انگ (استیگما) بیماری باشد. در بعضی بیماران، منشاء نگرانی می تواند اشتغال خاطر با نوع خدمات دریافتی یا کیفیت آن باشد. برخی بیماران به علت داشتن اختلال روانپزشکی پیش از بستری کنونی، آسیب پذیری بیشتری برای افزایش تنش دارند. درصد کمتری از بیماران در صورت مصرف قبلی مواد، دچار علائم ترک مصرف مواد می شوند و یا به دلایلی که گفته خواهد شد، کاهش سطح هوشیاری و اختلال در توجه، تمرکز (دلیریوم) را تجربه می کنند. در بسیاری از موارد انکار بیماری با انگیزه های متفاوت مانع از همکاری با درمان می شود که مداخلات متناسب روانشناختی را طلب می کند.

اصول و ارزشهای ارائه خدمات روانپزشکی و سلامت روان:

الف- اصل طلایی «آسیب نرسان»: بسیاری از بیماران به علت درمان سمپتوماتیک علائم روانشناختی تحت درمان با داروهای قرار می گیرند که می تواند تداخلها و عوارض دارویی نگران کننده ای به وجود آورد. مراقبت از اینگونه عوارض واجد اهمیت فنی و اخلاقی بسیار بالاست.

ب- احترام و رعایت کرامت بیمار و اطرافیانش یک اولویت مهم است.

ج- خدمات تشخیصی و درمانی از هر نوع باید بدون تبعیض و با صرف نظر از جایگاه اجتماعی، نژاد، قومیت، مذهب، سن، جنس و غیره انجام شود. حتی تبعیض ادراک شده (perceived discrimination) به وسیله بیمار می تواند باعث افزایش استرس و افت سلامت روانی و جسمانی او گردد.

د- هیچ بیماری به صرف داشتن اختلال رفتاری، روانپزشکی و ناتوانی ذهنی، نباید مورد تبعیض در اقدامات تشخیصی و درمانی کووید قرار گیرد. روانپزشکان موظف به مداخله فعال برای حل مشکلات فوق الذکر هستند. در صورت تشخیص محتمل و قطعی کووید به وسیله متخصص مربوطه در سرویسهای روانپزشکی، بیمار باید سریعاً به بخشهای بستری بیماران کووید منتقل گردد. خدمات لازم برای این بیماران باید همانند سایر بیماران ارایه شود. این بیماران نیازمند توجه بیشتر برای مدیریت پرخاشگری و رفتارهای خطرناک در جهت جلوگیری از صدمه به خود، بیماران دیگر یا پرسنل هستند. فقط در این صورت است که همکاران بخش بستری بیماران کووید می توانند مثل یک بیمار غیر روانپزشکی به این بیماران رسیدگی کنند. برخی بیماران روانپزشکی بعلاوه عدم پیروی از درمان دارویی نیاز به حصول

اطمینان از بلع داروی خوراکی دارند که این مهم باید با پرسنل بخش هماهنگ شود و در صورت امتناع بیمار از مصرف داروی خوراکی به روانپزشک اطلاع داده شود. ملاحظات قابل توجهی در ادامه درمان های خاص روانپزشکی (تجویز لیتیوم، ECT، درمان اعتیاد و ...) در بیمار روانپزشکی مبتلا به کووید وجود دارد که نیازمند تهیه و تدوین پروتکول های جداگانه است.

ه- طبق توصیه ستاد ملی کرونا هیچ بیمار مبتلا نباید به علت فقدان امکانات مالی از تشخیص و درمان مناسب محروم شود.

و- حفظ سلامت درمانگران از جمله روانپزشکانی که در معرض بیماران مبتلا به کووید ۱۹ قرار می گیرند باید با فراهم نمودن دسترسی به وسایل و پوشش مراقب از خود (PPE) متناسب صورت پذیرد.

در موارد زیر مشاوره روانپزشکی درخواست گردد:

۱. وجود اضطراب شدید
۲. وجود بی قراری، تحریک پذیری یا پرخاشگری
۳. عدم آگاهی به زمان، مکان یا اشخاص
۴. بیمارانی که سابقه مشکلات روانپزشکی دارند یا تحت درمان داروهای روانپزشکی هستند.
۵. بیمارانی که سابقه سوء مصرف دارو یا مواد دارند یا تحت درمان نگره دارنده با متادون، بوپرنورفین یا شربت تریاک هستند.
۶. بیمارانی که بنا به تشخیص پزشک معالج علائم بارز روانپزشکی (افسردگی، خطر برای خود یا دیگران و ...) دارند.

مشاوره های سرپایی:

اکثر مشاوره های سرپایی به دلیل سطح بالای اضطراب بیماران درخواست می شود. در چنین مواردی توصیه می شود:

۱. نخست علل جسمانی اضطراب مورد ارزیابی قرار گیرد. سر دسته آنها افت اشباع اکسیژن ($O_2 sat$) است که به طور شایع در این بیماران دیده می شود. در صورتیکه $O_2 sat$ کمتر از ۹۳٪ بود، باید از تجویز داروهای سداتیو خودداری گردد. برای اطلاع از جزییات به فلوجارت تشخیص و درمان مراجعه فرمایید.
۲. در صورت نرمال بودن $O_2 sat$ اضطراب موقعیتی را ارزیابی کنید. منابع استرس متعددی برای این اضطراب وجود دارد که در زیر فصل بیماران بستری به آن پرداخته شده است. در چنین مواردی نیز تجویز دارو ضروری نیست و پس از مصاحبه با بیمار و کنترل منبع استرس مورد نظر، مدیریت استرس با استفاده از روشهای غیر دارویی توصیه شود.
۳. در صورت بیماری قبلی روانپزشکی مانند اختلال پانیک، اضطراب منتشر و وسواس به موارد زیر توجه شود:

الف- تداخلات دارویی باعث طولانی شدن QTc می شود. داروها به صورتی انتخاب یا تغییر دوز داده شوند که مشکل جدید بالینی ایجاد نشود.

ب- قطع ناگهانی داروهای قبلی خود می تواند عوارض بازگیری (withdrawal) بدهد. توصیه می شود قطع داروها تدریجی باشد.

ج- برای کنترل اختلالات روانپزشکی اضطرابی حتی الامکان در سنین بالا از تجویز داروهایی که خواص آنتی کولینرژیک دارند، برای پیشگیری از دلیریوم پرهیز شود.

مشاوره های بستری:

روانپزشک مشاور باید توجه داشته باشد که بیماران پس از بستری در معرض استرسهای گوناگون قرار دارند که با روشهای زیر باید به آنها پرداخته شود:

۱. درک منابع استرس بیماران و نیازهای آنها
 ۲. انتقال سیستماتیک این نیازها به سیستم درمانی اعم از پزشکان، پرستاران و سایر پرسنل دخیل در مراقبت از بیماران
 ۳. انتقال برخی از نیازهای آنها به سیستم اداری و لجستیک بیمارستان
 ۴. انتقال برخی از نیازهای اجتماعی آنها به سیستم مددکاری بیمارستان برخی منابع مهم استرس برای بیماران:
۱. فضای حاکم بر اتاق بیماران بستری به دلایل زیر کاملا برای بیماران استرس آور است:

الف- نداشتن همراه

ب- نگرانی برخی از بیماران که «از هم کرونا بگیرند» چون برای برخی از بیماران تشخیص دقیق و شواهد منجر به این تشخیص، به طور کامل توضیح داده نشده است.

ج- فضای غیر معمول بخش یا ICU و پوشش غیر عادی پرسنل می تواند رعب آور باشد. برخی بیماران معمولا با یکدیگر حرف نمی زنند و اگر هم بتوانند کاری برای هم بکنند، از انتقال ویروس می ترسند.

د- مواجهه با مرگ بیمار هم اتافی

راه حل های پیشنهادی:

الف- موبایل در دسترس بیماران باشد و تاکید شود که «داشتن تلفن همراه جهت کاهش اضطراب شما و خانواده محترمتان در این بخش آزاد است. لطفا فقط جهت تماس با بستگانتان از آن به صورت محدود استفاده کنید» برای بیماران سالمند و ناتوان که امکان برقراری تماس شخصی ندارند، امکانات تماس (ترجیحا تصویری) فراهم شود. تیمی در بیمارستان عهده دار ارائه اطلاعات (از طریق تماس تلفنی) به خانواده باشد.

ب- برای هر بیمار - و احتمالاً بیشتر بیماران - که تشخیص بالینی کووید دارند، در صورت اطمینان متخصص مربوطه، به وسیله پزشک معالج و پرستار بیمار این جمله به صراحت گفته شود: « شما از نظر بالینی قطعاً به کرونا مبتلا هستید». پزشک یا پرستاری که این خبر را به بیمار یا همراه او می دهد، لازم است مهارتهای «نحوه اطلاع خبر بد» را فرا گرفته باشد

ج- برای ارتباط راحت تر بیماران در یک اتاق، پرستاران این جمله را به بیماران بگویند: « شما مبتلا به کرونا هستید بنابراین از هم اتاقی هایتان بیماری کرونای جدیدی نمی گیرید. با هم صحبت کنید و آشنا شوید» .

د- در صورت امکان هنگام عملیات احیاء اتاق تخلیه شود یا حداقل از پرده یا پاراوان برای محفوظ بودن بیمار بد حال استفاده گردد. در حداقل زمان ممکن جنازه متوفی انتقال یابد.

۲. به علت استفاده پرسنل از PPE یک رنگ امکان تفکیک پزشک و پرستار و کمک بهیار از یکدیگر مقدور نیست. بیماری که پزشک یا پرستار خودش را نشناسد دچار اضطراب می شود، و نمی داند درخواست و سوالات روزمره خود را با چه کسی باید مطرح کند.

راه حل پیشنهادی:

الف- همه بیماران قادر به بازشناسی صدای کادر درمان درویزیت های بعدی نیستند، بخصوص که برخی از آنها مشکلات شناختی دارند. در هر بار ویزیت لطفاً خود را و نقش خود را به آنها معرفی کنید.

ب- علاوه بر ویزیت های منظم روزانه، ویزیت های مجازی با تبلت یا موبایل در ساعات مشخص کمک کننده است.

ج- با توجه به محدودیت ارتباطات غیر کلامی با این پوشش، توصیه می شود تا از مهارتهای ارتباطی کلامی بیشتر استفاده شود.

د- نوشتن نام پزشک یا کادر درمان با حروف بزرگ روی لباس کارکنان می تواند موثر باشد.

فلوچارت اضطراب

اضطراب به عنوان شایعترین علامت روان تنی در بیماران بستری مبتلا به کووید مورد توجه قرار گرفته است. در طراحی این فلوچارت علاوه بر مطالعه شواهد علمی، با تعداد قابل توجهی از بیماران مصاحبه کیفی انجام شده است و در جلسه علمی متخصصین (expert panel) با حضور متخصصین روانپزشکی، بیهوشی و متخصصین درگیر در درمان کورونا مورد توافق قرار گرفت و در گام بعدی از طیف وسیعی از روانپزشکان درگیر با تشخیص و درمان کووید در کشور نظر خواهی شد.

راهنمای فلوچارت: / در تجربه بالینی نیمی از اضطراب بیماران مرتبط با مشکلات جسمانی تشخیص داده شد. برای تدبیر اضطراب لطفاً اولویت های زیر به ترتیب در نظر گرفته شود.

۱- جسمانی خطرناک، ۲- جسمانی شایع و ۳- روانشناختی

البته در بسیاری از موارد ممکن است همزمان چند مشکل در بیمار وجود داشته باشد (درد شدید، افت O₂ sat و حمله پانیک). این بیماران نیازمند مداخله های چندگانه هستند. شرط انجام این مداخله ها اینست که مداخله های سطوح پایین تر باعث وخامت در سطوح بالاتر (طبق فلوجارت) نشوند.



مدیریت دلیریوم در مبتلایان به COVID 19 :

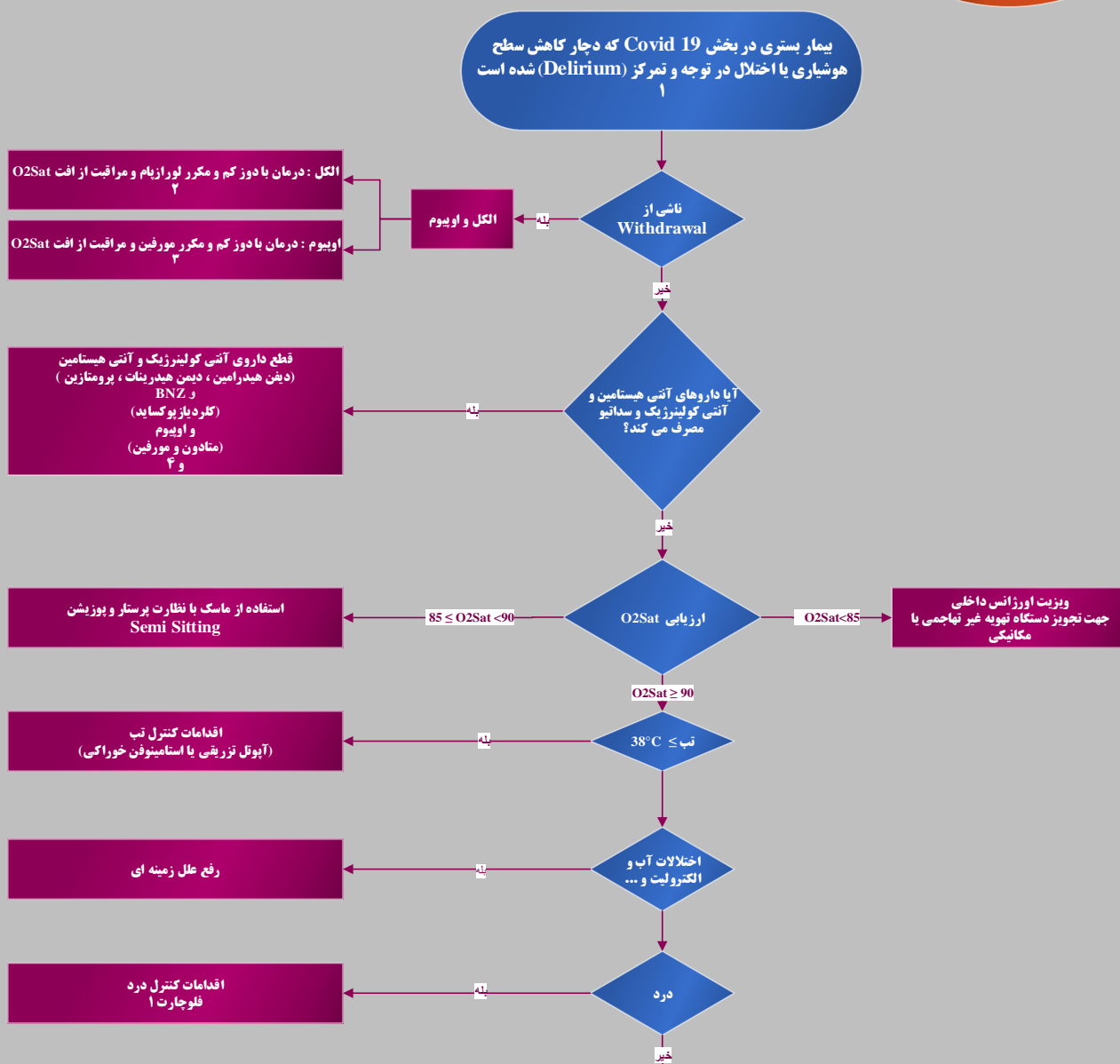
یکی از تظاهرات مهم بالینی در بیماران بستری فوق الذکر دلیریوم است. این مسئله به علت سن بالای مبتلایان، هیپوکسی ناشی از درگیری ریوی، اختلال آب و الکترولیت، محرومیت حسی، بیماری زمینه ای، سابقه قبلی اختلالات شناختی و تداخلات دارویی ممکن است رخ دهد. دلیریوم می تواند هیپراکتیو یا هیپواکتیو باشد. در اکثریت موارد دلیریوم ناشی از هیپوکسی به صورت هیپواکتیو است. این بیماران معمولاً بی حرکت، خواب آلوده، بی واکنش (unresponsive)، ساکت یا کم حرف و افسرده به نظر می رسند. روانپزشک باید آمادگی تشخیص افتراقی این موارد را داشته باشد.

فلوچارت دلیریوم

این فلوچارت تاکید بر تشخیص زودتر دلیریوم و رفع علل زمینه ای (بهبود اکسیژن خون و قطع داروهای سداتیو) شده است. تجویز آنتی سایکوتیکها به عنوان مراحل انتهایی فلوچارت و با رعایت موارد احتیاط امکان پذیر شده است. برخی بیماران ممکن است به علل مختلفی دچار دلیریوم شده باشند (withdrawal، تب، افت O2 sat و...) که نیازمند مداخلات چندگانه همزمان هستند. شرط انجام کلیه این مداخلات مراقبت از راههای هوایی و تنفس بیمار است.

فلوجارت دلیریوم در بیمار بستری بخش COVID 19

فلوجارت ۲



درمان غیر دارویی

الف- Out of Bed کردن بیمار
 ب- تکرار Reorientation
 ج- تنظیم محرک های محیطی (نور، صدا، ساعت)
 د- استفاده از وسائل کمک حسی (عینک و سمعک)
 ه- پوزیشن نشسته و پایش O2Sat
 و- تشویق بیماران به گفتگوی آرام در اتاق

درمان دارویی

الف- تجویز هالوپریدول (خوراکی یا تزریقی عضلانی) یا الانزایم خوراکی (آنتی سایکوتیکها فقط در صورت بیقراری شدید و اختلال در درمان بیماری زمینه ای، اضطراب شدید و خطر آسیب به خود یا دیگران تجویز شوند).
 ب- در صورت بی خوابی شبانه یا عدم بهبود بی قراری لورازپام

نکته:

- ۱ در تجربه بالینی، دلیریوم ناشی از درگیری ریوی کووید، بیشتر از نوع هیپواکتیو بوده است.
- ۲ به علت امکان افت O2 Sat از تجویز بنزودiazepinesهای طولانی اثر (دیازپام و کلر دیازپوکساید) بپرهیزد.
- ۳ به دلیل تجویز همزمان داروهای افزایش دهنده QTc دوشی مندیصوتن ودانته زیوجت.
- ۴ ناپروکسن و ایندومتاسین هم که به طور شایع در بیماران مبتلا به کووید تجویز می شوند، می توانند باعث تشدید دلیریوم گردند. با توجه به شرایط ممکن است نیاز به قطع تدریجی باشد.
- ۵ به دلیل خطر افزایش QTc از تجویز هالوپریدول وریدی بپرهیزد.

چند نکته برای مشاوره با مبتلایان و افراد در ارتباط با بیماری کووید-۱۹

جمعیت عمومی:

۱. بیماری کووید-۱۹ ممکن است هر کسی را در هر منطقه جغرافیایی مبتلا نماید. هر فردی از هر قومیت و نژادی که مبتلا شود باید تحت مراقبت و درمان های متناسب قرار گیرد. فردی که مبتلا به کرونا شده است، مقصر نیست و اشتباه نکرده است و نباید برخورد ناشایستی با وی شود و باید از مراقبت، حمایت و محبت کافی برخوردار شود.
۲. بیماران را با کلماتی که بار منفی و انگ دارند خطاب نکنید. کلماتی نظیر "قربانی"، "کوویدی" و "خانواده کوویدی" بشدت بار منفی داشته و میتواند باعث آزار بیمار و اطرفیان وی شود. این بیماران افرادی هستند که مبتلا به بیماری کووید-۱۹ شده اند و بعد از بهبودی به زندگی، کار، خانواده خود بخواهند گشت. نباید به این افراد انگ زده شود
۳. سعی کنید اطلاعات مربوط به بیماری کووید-۱۹ را از منابع معتبر اطلاعاتی دریافت کنید. نباید هر خبری را باور کنید و به آن بها دهید. از خواندن مکرر اخباری که شما را آشفته و مضطرب می کند پرهیز کنید. هر مطلبی که در شبکه های مجازی پخش می شود، الزاما واقعیت ندارد. استفاده از منابع اطلاعاتی معتبر می تواند به شما و خانواده شما کمک کند تا بتوانید تصمیم بهتری برای ارتقاء سلامت خود بگیرید. دانستن واقعیت ها و دریافت اطلاعات واقعی با کاستن از ترس های کاذب، باعث می شود که بهتر و بیشتر بتوانید از خود و نزدیکانتان مراقبت کنید. منابع اطلاعاتی صحیح از طریق وزارت بهداشت، درمان و آموزش اعلام می شود
۴. از خودتان محافظت کنید و از دیگران حمایت کنید. وقتی از دیگران در زمان نیاز آن ها حمایت کنید، آنها نیز وقتی شما نیاز داشته باشید به شما کمک خواهند کرد. برای مثال وقتی می بینید همسایه یا دوستی به چیزی نیاز دارد، حتی تلفنی از وضعیت وی جويا شوید و احوالپرسی کنید و اگر می توانید احتیاجاتش را بر آورده سازید. همکاری کردن در کنار هم بعنوان یک جامعه یا گروه باعث ایجاد همبستگی برای مقابله با گسترش بیماری کووید-۱۹ خواهد شد
۵. از هر فرصتی برای بیان تجربیات و داستان های امید بخش استفاده کنید برای مثال تجربه افرادی که پس از ابتلا به بیماری، سلامتی خود را به دست آورده اند برای یکدیگر تعریف کنید
۶. به پرسنل بهداشتی که برای مراقبت و درمان بیماران کووید-۱۹ تلاش می کنند احترام بگذارید. به خاطر نقشی که در نجات جان شما و عزیزانتان دارند، از آنان قدردانی کنید

پرسنل بهداشتی-درمانی

۱. بعنوان پرسنل بهداشتی-درمانی، ممکن است احساس کنید که بشدت تحت فشار هستید. در شرایط فعلی این احساس شما کاملا طبیعی است. داشتن استرس و اضطراب و احساسات مشابه به این معنی نیست که شما نمی

توانید وظایف خود به درستی انجام دهید یا ناتوان هستید. همان گونه که از نظر علمی خود را قوی می کنید، باید از نظر روحی نیز خود را تقویت کنید که بتوانید به فعالیت های خود ادامه دهید

۲. در این دوران از خود مراقبت کنید. بین شیفت های کاری خود، خوب استراحت کنید و تغذیه مناسب داشته باشید، فعالیت فیزیکی مناسب (ورزش) کنید و در تماس با خانواده و دوستان باشید. سعی کنید روحیه خود را قوی و خود را شاد نگهدارید. از روش های مضر نظیر استعمال دخانیات و مصرف مشروبات الکلی یا داروهای آرام بخش پرهیز کنید چرا که این قبیل روش ها در دراز مدت شرایط روحی شما را بدتر خواهد کرد. سعی کنید از هر روش مؤثری که قبلاً نیز برای کنترل استرس ها استفاده می کردید، برای آرامش خود استفاده کنید. فراموش نکنید که کار در زمینه بیماری کرونا، دوی سرعت نیست، یک ماراتون است!

۳. متأسفانه برخی از پرسنل بهداشتی-درمانی که در زمینه مراقبت و درمان مبتلایان به کووید-۱۹ فعالیت می کنند، مورد بی مهری خانواده و دوستان خود قرار می گیرند و به نوعی از پرسنل بهداشتی-درمانی دوری می کنند. این نوعی انگ علیه افراد است. این اتفاق می تواند شرایط را برای کار پرسنل سخت تر کند. به هر حال ناراحت نشوید! ارتباط خود را با خانواده و دوستان از طریق تلفن و شبکه های مجازی حفظ کنید و اطلاعات مناسب به آنان بدهید. دوستان و همکاران شما در محیط کار ممکن است تجربیات مشابهی داشته باشند که می توانید حمایت های روحی را از آنان بگیرید. با هم گفتگو کنید.

۴. برای اطلاع رسانی به افراد بیسواد یا کم سواد و یا افرادی که مشکلات درک و دریافت دارند، راه های مناسبی را باید پیدا کنید. آموزش ها باید به زبان ساده و قابل فهم برای آنها ارائه شود.

۵. باید بدانید که چگونه از مبتلایان به کووید-۱۹ حمایت کنید. این موضوع خصوصاً اگر فرد دچار بحران های روحی بوده و نیازمند حمایت روانی باشد اهمیت زیادی دارد.

مدیران بهداشتی-درمانی

۱. از پرسنل خود حمایت کنید و از آنها در برابر استرس های مزمن و خستگی های روحی محافظت کنید. این کار توانایی و قابلیت پرسنل شما را برای ارائه بهتر خدمات بهداشتی افزایش می دهد. به خاطر بسپارید که این روزها گذراست و شما باید بر قابلیت های کاری درازمدت پرسنل خود تمرکز کنید

۲. ارتباط مناسبی با پرسنل برقرار کنید و مرتباً اطلاعات علمی به روز در اختیار آنان قرار دهید. پرسنل را جا به جا کنید و محل کار آنان را بین محیط کاری پر استرس و کم استرس تغییر دهید. افراد با تجربه را با افراد کم تجربه همکار کنید تا آموزش مناسب داشته باشند و خطاهای شغلی کمتر شود. مراقب استرس پرسنل خود باشید و وسایل ایمنی را در اختیار آنان قرار دهید. در برابر پرسنل خود انعطاف داشته باشید. گاهی ممکن است لازم باشد افرادی که خود تحت استرس بوده یا از طرف خانواده تحت فشار قرار گرفته اند، موقتاً برنامه کاری سبک تری داشته باشند. به پرسنل خود اطمینان بدهید که هر زمانی که لازم باشد در کنار هستید و از آنها حمایت می کنید.

۳. اگر شما رهبری یک تیم را در یک مرکز بهداشتی بعهده دارید، باید اهمیت بهداشت روان را بدانید و پرسنل باید بدانند که امکان دسترسی به خدمات بهداشت روان را خواهند داشت. در حقیقت مدیران نیز استرس‌هایی مشابه پرسنل را تحمل می‌کنند ضمن این که فشارها و استرس‌های مضاعفی را هم بدلیل مسئولیت‌های مدیریتی خود، خواهند داشت. به هر حال استرس برای همه پرسنل و مدیران وجود دارد و مدیران باید از روش‌های خود مراقبتی و مدل‌های مختلف برای کاهش استرس محیط کار استفاده کنند.
۴. همه پرسنل اعم از پرستاران، رانندگان آمبولانس، مراقبین بهداشتی، پزشکان و سایر کارکنان باید با اصول اولیه مشاوره، کاهش استرس و حمایت روانی آشنا باشند.
۵. مشکلات اورژانس روانشناسی و عصبی پرسنل (نظیر هذیان، سیکوز، اضطراب شدید و افسردگی) نیازمند مشاوره‌های روانپزشکی خواهد بود. باید از پرسنل بهداشت روان در این زمینه کمک گرفت. روانپزشکان نیز باید در این زمینه آماده باشند و کمک کنند
۶. مراقب باشید که پرسنل خودسرانه از داروهای روانپزشکی استفاده نکنند. تجویز این داروها در صورت نیاز باید توسط روانپزشک صورت گیرد

پرسنل مراقب کودکان

۱. به بچه‌ها کمک کنید که راهی برای بیان احساسات خود نظیر ترس و غم را پیدا کنند. هر کودکی روش خاص خود را برای بیان احساسات دارد. از روش‌های مختلف و نوآوری‌ها نظیر بازی‌های خاص و یا نقاشی کردن برای ارتباط با کودکان استفاده کنید. این کار به کودکان آرامش می‌دهد تا بتوانند با نگرانی‌های خود کنار بیایند
۲. کودکان را کنار خانواده و نزدیکانشان نگهدارید و تا جای ممکن کودک را از خانواده اش جدا نکنید. اگر مجبورید کودک را از خانواده اش جدا کنید، باید نزد کسی سپرده شود که بتواند از کودک حمایت روانی کند. این فرد ممکن است پرستار یا مشاور بیمارستان باشد. مطمئن شوید که در طول مدت بستری کودک در بیمارستان، ارتباط کودک با سرپرست/والدینش حفظ شود. این ارتباط ممکن است تلفنی (بخصوص اگر تصویری باشد) و به روش‌هایی متناسب با سن و درک کودک باشد
۳. به خانواده توصیه کنید کارهای روتین کودک را خصوصاً در زمانی که کودک در خانه ایزوله شده است، انجام دهند و برنامه‌های آموزشی، بازی‌های خانگی، موسیقی، و ... را ادامه دهند. کودک باید ارتباطش را با خانواده حفظ کند ولی از تماس با افراد مختلف جلوگیری شود و جداسازی رعایت شود
۴. در زمانی که استرس زیاد باشد، کودک معمولاً نیاز دارد که بیشتر به والدینش نزدیک شود. به زبان کودک در موردی بیماری کووید صحبت کنید. او را نترسانید. با خانواده در کاهش اضطراب کودک همراه باشید. در حقیقت همه اعضاء خانواده با هم نیاز به حمایت و کمک روحی دارند.

سالمندان، پرسنل بهداشتی و افرادی که بیماری زمینه ای دارند

۱. سالمندان خصوصاً در شرایط جداسازی و نیز افرادی که اختلالات شناختی/روانپزشکی دارند ممکن است در شرایط بروز بیماری و یا وقتی افراد در قرنطینه هستند بیشتر دچار اضطراب، خشم، استرس، بیقراری و ناتوانی شوند. باید حمایت های روحی و عملی به این گروه از طریق خانواده ها و یا مراقبین ارائه شود. این گروه بشدت نیاز به آرامش و اطمینان بخشی دارند.
۲. اطلاعات ساده و قابل فهم را در مورد آنچه اتفاق افتاده و نحوه خود مراقبتی و کاهش خطر ابتلا به عفونت یا عوارض شدید عفونت را در اختیار این افراد قرار دهید. به گونه ای صحبت کنید که او بفهمد. هر زمان که لازم باشد و هر چقدر که لازم باشد مطالب آموزشی را تکرار کنید مطالب آموزشی باید روشن، مختصر و مفید باشد. گاهی ممکن است از تصاویر برای قابل فهم بودن موضوع کمک بگیرید. علائم را به سادگی توضیح دهید. به خانواده و یا مراقبین سالمندان نیز بیاموزید که چگونه آموزش ها را ادامه دهند
۳. اگر فرد به دلیل بیماری زمینه ای خود تحت درمان دارویی خاصی قرار دارد، مراقب باشید که در طول درمان یا جداسازی، داروهایش را بدرستی مصرف کند.
۴. اطمینان داشته باشید که فرد می تواند کارهای اصلی اش را انجام دهد. برای مثال تاکسی بگیرد، غذای کافی در منزل داشته باشد و امکان دسترسی به خدمات پزشکی وجود داشته باشد. باید مطمئن باشید که داروهای بیماری زمینه ای خود را حداقل برای ۲ هفته در منزل دارد
۵. حرکات ورزشی ساده را به افراد بیاموزید. در طول مدت جداسازی باید فعال باشد و حرکت کند
۶. سعی کنید فرد را ترغیب کنید که برنامه های روزمره اش را در مدت جداسازی ادامه دهد نظیر ورزش های منظم، شستشو، مرتب کردن خانه و وسایل، آواز خواندن، نقاشی و سایر فعالیت هایی که فرد به آنها عادت دارد. از افراد مورد اعتماد و توانمند برای کمک به وی در موارد لزوم استفاده کنید. خانواده وی را ترغیب کنید که ارتباط خود را با بیمار از طریق تلفن یا شبکه های مجازی به نحوی که برای بیمار قابل استفاده باشد، حفظ کنند
۷. یک بسته شخصی باید برای هر بیمار درست شود. این کار بهتر است توسط مراقب فرد صورت گیرد. این بسته شامل خلاصه ای از اطلاعات شخصی فرد، اطلاعات پزشکی، داروهای بیمار حداقل برای دو هفته، غذاهایی که قابل ذخیره شدن باشد، بطری آب و مقداری لباس خواهد بود.

افرادی که جداسازی را باید رعایت کنند

۱. ارتباط اجتماعی خود را با دوستان و اقوام از طریق تلفن، ایمیل یا شبکه های اجتماعی حفظ کنید. در شرایط ایزولاسیون هم سعی کنید کارهای روتین روزمره خود را انجام دهید

۲. در زمانی که استرس دارید، سعی کنید روی نیازها و احساسات خود تمرکز کنید. کارهایی که دوست دارید و به شما انرژی می دهد انجام دهید. مرتباً ورزش کنید، سعی کنید به مقدار کافی بخوابید و غذای سالم بخورید. به آینده فکر کنید. به روزهایی که خواهد آمد و شما در سلامتی به زندگی خود ادامه می دهید

۳. اطلاعات در مورد بیماری و نحوه مراقبت را از منابع معتبر بگیرید. گاهی اطلاعات غیر واقعی ممکن است در سایت های مختلف وجود داشته باشد که فقط باعث اضطراب و سردگمی شما می شود. به آمار توجه نکنید و دنبال خبرهای ناراحت کننده نباشید. بر سلامت خود و مراقبت از خود تمرکز کنید. از هر آنچه شما را ناراحت و نگران می کند بپرهیزید. اخبار گوش نکنید!

قرنطینه و بهداشت روان

قرنطینه یعنی جدا سازی و محدودیت حرکت مردمی که بالقوه در معرض آلودگی یا یک عامل بیماری زای مسری قرار گرفته اند تا زمانی که مسلم شود که مبتلا به بیماری نبوده و برای دیگران آلوده کننده نیستند. تعریف قرنطینه با تعریف جداسازی کاملاً فرق دارد: جدا سازی مخصوص کسانی است که مبتلای به یک بیماری مسری بوده و لازم است از کسانی که بیمار نیستند جدا شوند. هر چند هر دوی این واژه ها به خصوص در هنگام گفتگو با مردم ممکن است به جای یکدیگر استفاده شوند.

تاکنون در طول قرن ها از لغت قرنطینه به مفهوم واقعی آن ابتدا برای جذام و سپس برای طاعون استفاده می شد و بس اما همین اخیراً موضوع قرنطینه و قرنطینه سازی مجدداً برای کووید-۱۹ مورد استفاده قرار گرفته است.

در این مورد دیگر تنها قرنطینه فردی مطرح نبوده و از قرنطینه توده ای^{۲۸} باید نام برد که چین انجام داد، اما به خارجی های مقیم اجازه داد آن کشور را ترک کرده و دو هفته در بازگشت به کشور خود در خانه بمانند بدون آن که اجازه^{۲۹} خروج به آنها بدهد و یا اطلاعاتی از آنها به کشور مقصد بدهد. برای قرنطینه سازی، مقدماتی لازم است:

- ۱- ارائه اطلاعات به مردم اهمیت کلیدی دارد، کسی که قرنطینه می شود باید بتواند وضعیت را کاملاً درک کند.
- ۲- ایجاد ارتباط سریع و موثر با مردم اهمیت اساسی دارد.
- ۳- باید تمامی نیازهای مردمی که قرنطینه می شوند فراهم شود (هم نیازهای عمومی و هم نیازهای درمانی)
- ۴- طول مدت قرنطینه سازی باید کمترین زمان مورد نیاز باشد
- ۵- اکثر عوارض جانبی ناشی قرنطینه سازی از محدودیت آزادی مردم ناشی می شود، قرنطینه سازی داوطلبانه عوارض بسیار کمتری در دراز مدت داشته و کمتر مردم را دچار نگرانی و بیقراری می کند.
- ۶- مسئولین بهداشتی کشور در چنین شرایطی باید روی این موضوع که وقتی فردی داوطلبانه خود را محدود می کند تا چه اندازه کار انسان دوستانه ای کرده است تاکید کنند.

^{۲۸} mass Quarentine

^{۲۹} Certificate

قرنطینه سازی همیشه یک تجربه ناخوشایند برای کسانی است که در چنین موقعیتی قرار می گیرند. قرنطینه سازی عوارض روانی خیلی سنگینی در پی دارد:

همین که فرد احساس می کند آزادی اش سلب شده، وضعیت این بیماری مشخص نیست و ممکن است دچار کسالت شود بسیار آزار دهنده بوده و آثار دراماتیکی در پی دارد. مواردی از خودکشی در طی اقامت در وضعیت قرنطینه گزارش شده و از آن شایع تر عصبانیت مردم در طی اقامت در قرنطینه است. مردم شاکی می شوند و تمامی این عوارض که ذکر آنها رفت در تمامی قرنطینه سازی های قبلی مشاهده شده است.

تاثیرات قرنطینه سازی اجباری

وقتی قرار به قرنطینه سازی اجباری می شود لازم است وزن تاثیر آن و هزینه های آثار سوء روانی آن به دقت مورد ملاحظه قرار گیرد. استفاده موفق از قرنطینه به عنوان یک اقدام بهداشتی ما را ملزم می سازد تا آنجا که می توانیم آثار منفی آن را کاهش دهیم.

سیاست گزاران در مورد قرنطینه این همه گیری کووید-۱۹ باید به فوریت شواهدی تولید کنند که راهنمایی برای برقراری آن برای کل مردم جامعه باشد:

۱- آیا مردم فرق بین قرنطینه شدن و ایزوله شدن را می دانند و اهمیت آن ها را در جای خود درک کرده اند؟

۲- آیا مردم به راحتی به قرنطینه شدن تمکین می کنند؟

۳- آیا پی آمد های روانی قرنطینه ارزیابی شده است؟

۴- آیا می توان قرنطینه سازی را برای حداقل ۲۴ ساعت مورد آزمایش قرار داد؟

۵- پرسنل بهداشتی که مدام در تماس با بیماران هستند چگونه قرنطینه می شوند؟ چه تعداد از آنها به دنبال این اقدام دچار سندرم دیسترس می شوند؟ چه تعداد از آنها دچار افسردگی، اضطراب می شوند؟ چه تعداد از آنها دچار بی قراری و بی خوابی و در نتیجه کاهش کیفیت کار خود می شوند؟

۶- در یک مطالعه در کودکانی که همراه والدین خود در منزل قرنطینه شده بودند نشان داده ^{۳۰} PTSD در هر دوی آنها ۴ برابر بیش از افراد معمول بوده است.

۷- دو مطالعه در مورد عوارض دراز مدت قرنطینه سازی ۳ سال بعد از طغیان بیماری SARS انجام شده که نشان می دهد سوء مصرف الکل و مواد مخدر در افرادی که قرنطینه شده بودند به خصوص کادر های بهداشتی و درمانی افزایش چشمگیر داشته است.

^{۳۰} Post traumatic stress disorder

۸- یک مطالعه دیگر نشان داده پرسنل بهداشتی و درمانی پس از آن که به دلیل یک بیماری واگیر که در جامعه رخ داده بود برای آن که به دنبال تماس با بیماران قرنطینه شده بودند رفتارهایشان تغییر کرده و تماس با بیماران را پس از آن به حداقل رساندند که عملاً بیمار از خدمت آنها بهره کامل نمیبرد. این پرهیزها به خصوص در مورد بیمارانی بود که عطسه و سرفه می کردند.

۹- تغییر رفتار به دنبال قرنطینه سازی تا مدت های طولانی در مردم و کاربرد های بهداشتی و درمانی باقی میماند.

۱۰- موضوعاتی مثل سن، جنس، تاهل، فرزند داشتن، سطح سواد در ارتباط با قرنطینه شدن مورد مطالعه قرار گرفته و ارتباط معنی داری بین این شرایط و قرنطینه شدن یافت نشده هر چند که به نظر می رسد هر یک از آنها می تواند تاثیر گذار باشد.

۱۱- عوارض PTSD در کادرهای بهداشتی و درمانی که وظیفه مراقبت از بیماران را داشته و قرنطینه شده بودند به مراتب بیشتر بود. از سوی دیگر مردم از این افراد و حتی خانواده های آنها بیشتر واهمه خواهند داشت.

چه عواملی باعث استرس در طی مدت قرنطینه سازی می شوند :

❖ طول مدت قرنطینه سازی هر چه طولانی تر باشد بیشتر روان مردم را بهم می ریزد.

یک مطالعه نشان داده قرنطینه سازی بیش از ۱۰ روز عوارض روانی بیشتری برای مردم در پی خواهد داشت.

❖ ترس از ابتلای به عفونت : مردم به شدت نگران سلامت خود شده و مدام در خواست مراقبت درمانی میکنند. از سوی دیگر مدام فکر می کنند ممکن است اعضای خانواده خود را مبتلا کرده باشند.

❖ احساس یاس و ناامیدی : محدود شدن، کاهش تماس اجتماعی، عدم امکان انجام کارهای روتین و احساس جدا شدن از محیط همه باعث دیسترس می شوند.

❖ عدم دسترسی به مایحتاج روزانه خود باعث یاس و ناامیدی می شود و مدتها (تا چندین ماه) ادامه خواهد داشت.

❖ عدم دسترسی کافی به اطلاعات خود باعث استرس بیشتر می شود به خصوص آنکه دائم احساس می کنند با آنها با شفافیت برخورد نمی شود

❖ عوامل استرس زای مالی مخصوص برای کسانی که امکان متوقف کردن روزانه خود را بدون یک برنامه ریزی درست و حسابی از قبل ندارند. دیسترس اقتصادی مردم به شدت آسیب رسان است.

بسیاری از این افراد محتاج دیگران به خصوص سایر اعضای خانواده خود می شوند. از سوی دیگر بعضی از آنها ممکن است کار خود را از دست بدهند.

برای تخفیف عوارض ناشی از قرنطینه سازی چه باید کرد؟

- ۱- گاهی اوقات قرنطینه سازی در طی مرحله حاد یک همه گیری بیماری مسری ضرورت پیدا میکند ولی متأسفانه قرنطینه سازی اغلب با پی آمدهای روانی شدید همراه بوده است هر چند مطالعات متعدد نشان نداده شاخص های دموگرافیک مثل سن و جنس و شغل خیلی در بروز عوارض روانی ناشی از قرنطینه شدن تاثیر داشته باشند (به استثنای کادرهای بهداشتی و درمانی) .
- ۲- طول مدت قرنطینه سازی باید تا آنجا که ممکن است کوتاه بوده از سوی دیگر کوتاه کردن طول مدت قرنطینه نباید بدون شواهد علمی باشد . لازم است تا آنجا که امکان دارد طول مدت اقامت در قرنطینه نباید از آنچه مقرر شده بیشتر شود مگر آن که وضعیت همه گیری به وخامت بگراید .
- برقراری قرنطینه برای کل یک شهر آن هم به مدت نا محدود برای شهری مثل ووهان به مراتب ضررش بیشتر از یک قرنطینه کوتاه مدت آن هم به اندازه یک دوره نهفتگی بیماری خواهد بود .
- ۳- لازم است تا آنجا که ممکن است در طی مدت اقامت در قرنطینه اطلاعات شفاف و صحیح در اختیار مردم قرار گیرد . باید به سوالات کسانی که در قرنطینه به سر می برند پاسخ درست به خصوص در مورد علائم بیماری داده شود . دلایل اقامت در قرنطینه نیز برای آنها تشریح شود .
- ۴- تامین ذخیره کافی نیازهای حیاتی و اولیه کسانی که در قرنطینه به سر می برند اهمیت بسیار زیاد داشته و باید هر چه سریع تر فراهم شود . این ذخیره ها حتی باید بیش از میزان مورد نیاز ساکنین قرنطینه باشد که چنین اقدامی تا حدود زیادی در آنها احساس امنیت روانی ایجاد میکند .
- ۵- با ایجاد ارتباط هر چه بیشتر با ساکنین قرنطینه باید از ایجاد یاس و ناامیدی در آنها جلوگیری شود . هر چه برای آنها توصیه های عملی تر باشد به خصوص آموزش تکنیک های مدیریت استرس بسیار تاثیر گذار خواهد بود . داشتن تلفن موبایل و امکان استفاده از موبایل و اینترنت بسیار مهم بوده و نباید آن را به عنوان یک وسیله لوکس تلقی کرد.
- ۶- حضور پرستارانی در قرنطینه که تجربه کافی در سلامت روان داشته و با فنون مشاوره آشنایی کامل داشته باشند بسیار مهم است آنها همچنین باید تبحر کافی در ایجاد ارتباط با اطرافیان و خانواده فرد قرنطینه شده داشته باشند .

۷- نقش رسانه های عمومی بسیار در ایجاد ارتباط بین قرنطینه شدگان در داخل و اعضای خانواده آنها در بیرون اهمیت دارد. حتی با وجود داشتن تلفن همراه هم نمیتوان از نقش تاثیر گذار فضاهای مجازی به سادگی عبور کرد.

۸- قرنطینه توام با زور و فشار به مراتب دشوار تر از قرنطینه خانگی حتی در سطح گسترده است. در چنین مواردی استفاده از گروه های حمایت کننده مردمی میتواند کمک کننده باشد.

۹- کادرهای بهداشتی و درمانی نیاز به حمایت ویژه دارند. در اغلب موارد اولین کسانی که قرنطینه می شوند کادرهای بهداشتی درمانی بوده و مدت طولانی تری نسبت به مردم عادی در قرنطینه به سر خواهند برد.

بیشتر از همه باید به سلامت روان این کادرتوجه شود. آنها علاوه بر اینکه نگران سلامت خود هستند باید اضطراب ها و بیقراری ها و پرخاشگری های ساکنین قرنطینه را نیز پاسخگو باشند و باید احساس کنند تحت حمایت همه جانبه روانی - خدماتی و مالی قرار دارند.

ضمیمه ۶: وسائل حفاظت فردی مورد نیاز مبتنی بر مکان های ارائه دهنده خدمت

جداول این بخش از کتابچه ای که توسط مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران و پژوهشکده محیط زیست دانشگاه علوم پزشکی تهران تهیه و ترجمه راهنمای سازمان بهداشت جهانی به تاریخ ۲۷ فوریه ۲۰۲۰ بوده است، اقتباس و با نگاهی به راهنمای WHO که در تاریخ ۶ آوریل منتشر و به روز رسانی شده است ضمناً راهنمای استفاده از ماسک که در ۵ ژوئن توسط WHO منتشر شده است، نیز به آن اضافه شده است.

راهنمای تشخیص و درمان کووید-۱۹ در سطوح ارائه خدمات سرپایی و بستری - نسخه هشتم

از جداول این ضمیمه برای آشنایی با نحوه حفاظت شخصی می‌توانید استفاده کنید. خاطر نشان می‌شود که استفاده از پوشش‌های سراسری (Coveralls)، استفاده از دو دستکش باهم و پوشش‌های سر و گردن (Hood) در مراقبت و درمان مبتلایان به کووید-۱۹ توصیه نمی‌شود

۱. مراکز ارائه خدمات به بیماران بستری

جدول ۱. نوع وسایل حفاظت فردی (PPE^{۳۱}) توصیه شده برای پیشگیری از بیماری کووید-۱۹ براساس محل، پرسنل و نوع فعالیت برای مراکز ارائه خدمات به بیماران بستری (Inpatient facilities)^a

محل (محیط)	گروه هدف (پرسنل یا بیمار)	فعالیت	نوع وسایل حفاظت فردی یا رویکرد توصیه شده
اتاق بیمار	ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی - درمانی	ارائه خدمات مستقیم به بیماران کووید-۱۹ بدون ایجاد آئروسول	<ul style="list-style-type: none"> • ماسک جراحی • گان • دستکش • محافظ چشم (عینک حفاظدار^{۳۲} یا محافظ صورت) • رعایت بهداشت دست‌ها
		انجام روش‌های مولد آئروسول به بیماران کووید-۱۹	<ul style="list-style-type: none"> • ماسک با مشخصه N95 یا FFP2 یا معادل آن • گان • دستکش • محافظ چشم • پیش‌بند^{۳۳} • رعایت بهداشت دست‌ها
	کارکنان تمیزکننده	ورود به اتاق بیماران کووید-۱۹	<ul style="list-style-type: none"> • ماسک جراحی • گان • دستکش‌های ضخیم^{۳۴} • محافظ چشم (در صورتیکه ریسک پاشیدن مواد آلی یا شیمیایی وجود دارد) • چکمه یا کفش کار بسته • رعایت بهداشت دست‌ها
		ملاقات کننده‌ها ^b	ورود به اتاق بیماران کووید-۱۹

^{۳۱} Personal Protective Equipment

^{۳۲} Goggles

^{۳۳} Apron

^{۳۴} Heavy duty gloves

محل (محیط)	گروه هدف (پرسنل یا بیمار)	فعالیت	نوع وسایل حفاظت فردی یا رویکرد توصیه شده
سایر بخش‌های مرتبط با انتقال بیمار (برای مثال بخش‌ها، راهروها)	همه کارکنان منجمله ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی - درمانی	هر نوع فعالیتی که با بیماران کووید-۱۹ در تماس نباشد.	<ul style="list-style-type: none"> رعایت فاصله مناسب حداقل ۱ متر با بیمار ضرورتی به استفاده از وسایل حفاظت فردی <u>نمی‌باشد</u>. رعایت بهداشت دست‌ها
آزمایشگاه	تکنسین آزمایشگاه	آماده سازی و آنالیز نمونه های تنفسی	<ul style="list-style-type: none"> ماسک جراحی گان دستکش محافظ چشم (در صورتیکه ریسک پاشیدن مواد آلی یا شیمیایی وجود دارد) رعایت بهداشت دست‌ها
بخش‌های اداری	همه کارکنان منجمله ارائه دهندگان خدمات بهداشتی - درمانی	فعالیت‌های اداری که با بیماران کووید-۱۹ در تماس نباشند.	<ul style="list-style-type: none"> ضرورتی به استفاده از وسایل حفاظت فردی <u>نمی‌باشد</u>. رعایت بهداشت دست‌ها حفظ حداقل فاصله ۱ متری.

a - علاوه بر استفاده از تجهیزات حفاظت فردی مناسب، می‌بایست به صورت مرتب بهداشت دست و سیستم تنفسی انجام شود. پس از استفاده از تجهیزات حفاظت فردی، می‌بایست وسایل استفاده شده در ظروف پسماند (زباله) مناسب انداخته شوند و بهداشت دست قبل از پوشیدن و پس از درآوردن تجهیزات فردی رعایت گردد.

b- تعداد ملاقات‌کننده‌ها می‌بایست محدود شود. در صورت ورود ملاقات‌کننده‌ها به اتاق بیمار کووید-۱۹، افراد ملاقات‌کننده می‌بایست براساس دستورالعمل مشخصی، روش صحیح پوشیدن و درآوردن وسایل حفاظت فردی را آموزش ببینند و توسط یک فرد ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی - درمانی نظارت شوند.

c- این گروه شامل استفاده از ترمومترهای (دما سنج‌های) غیر تماسی، دوربین‌های تصویربرداری حرارتی و مشاهدات و پرسشگری محدود با حفظ فاصله حداقل ۱ متری است.

۲. مراکز ارائه خدمات به بیماران سرپایی

جدول ۲. نوع و وسایل حفاظت فردی (PPE^{۳۵}) توصیه شده برای پیشگیری از بیماری کووید-۱۹ بر اساس محل، فرد (پرسنل) و نوع فعالیت برای مراکز ارائه خدمات به بیماران سرپایی (outpatient facilities)^a

محل (محیط)	گروه هدف (پرسنل یا بیمار)	فعالیت	نوع وسایل حفاظت فردی یا رویکرد توصیه شده
تریاز	ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی - درمانی	غریبالگری اولیه بدون تماس مستقیم ^c	<ul style="list-style-type: none"> حفظ حداقل فاصله ۱ متری با بیمار ایده آل این است یک با یک صفحه پلاستیکی شفاف، فضای پرسنل از مراجع جدا شده باشد ضرورتی به استفاده از وسایل حفاظت فردی <u>نمی‌باشد</u>. اگر امکان رعایت فاصله حداقل ۱ متری وجود ندارد، از ماسک و محافظ چشم استفاده شود رعایت بهداشت دست‌ها
	بیماران با علائم تنفسی	فعالیت خاصی ندارد.	<ul style="list-style-type: none"> حفظ حداقل فاصله ۱ متری. ماسک جراحی (در صورتیکه توسط بیمار قابل تحمل باشد) رعایت بهداشت دست‌ها
	بیماران بدون علائم تنفسی	فعالیت خاصی ندارد.	<ul style="list-style-type: none"> ضرورتی به استفاده از وسایل حفاظت فردی <u>نمی‌باشد</u>. رعایت بهداشت دست‌ها
اتاق مشاوره	ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی - درمانی	معاینه فیزیکی بیماران با علائم تنفسی با احتمال کووید-۱۹	<ul style="list-style-type: none"> ماسک جراحی گان دستکش محافظ چشم رعایت بهداشت دست‌ها
	بیماران با علائم تنفسی	معاینه فیزیکی بیماران بدون علائم تنفسی	<ul style="list-style-type: none"> وسایل حفاظت فردی مطابق با اقدامات احتیاطی استاندارد و ارزیابی ریسک رعایت بهداشت دست‌ها
	بیماران با علائم تنفسی	فعالیت خاصی ندارد.	<ul style="list-style-type: none"> ماسک جراحی (در صورتیکه توسط بیمار قابل تحمل باشد) رعایت بهداشت دست‌ها
	بیماران بدون علائم تنفسی	فعالیت خاصی ندارد.	<ul style="list-style-type: none"> ضرورتی به استفاده از وسایل حفاظت فردی <u>نمی‌باشد</u>. رعایت بهداشت دست‌ها

^{۳۵} Personal Protective Equipment

محل (محیط)	گروه هدف (پرستل یا بیمار)	فعالیت	نوع وسایل حفاظت فردی یا رویکرد توصیه شده
	کارکنان تمیزکننده	ورود به اتاق مشاوره بیماران با علائم تنفسی	<ul style="list-style-type: none"> • ماسک جراحی • گان • دستکش های ضخیم^{۳۶} • محافظ چشم (در صورتیکه ریسک پاشیدن مواد آلی یا شیمیایی وجود دارد) • چکمه یا کفش کار بسته • رعایت بهداشت دست ها
اتاق / سالن انتظار	بیماران با علائم تنفسی	فعالیت خاصی ندارد.	<ul style="list-style-type: none"> • ماسک جراحی (در صورتیکه توسط بیمار قابل تحمل باشد) • در صورتیکه امکان حفظ فاصله حداقل ۱ متری از دیگر بیماران وجود ندارد می بایست فوراً بیمار به اتاق ایزوله یا یک اتاق مجزا از سایر بیماران منتقل شود • از بیمار بخواهید بهداشت دستها را رعایت کند
	بیماران بدون علائم تنفسی	فعالیت خاصی ندارد.	<ul style="list-style-type: none"> • ضرورتی به استفاده از وسایل حفاظت فردی <u>نمی باشد</u>. • از بیمار بخواهید بهداشت دستها را رعایت کند
بخشهای اداری	همه کارکنان منجمله ارائه دهندگان خدمات بهداشتی - درمانی	فعالیت های اداری	<ul style="list-style-type: none"> • حفظ حداقل فاصله ۱ متری. • ضرورتی به استفاده از وسایل حفاظت فردی <u>نمی باشد</u>. • رعایت بهداشت دست ها

a - علاوه بر استفاده از تجهیزات حفاظت فردی مناسب، می بایست به صورت مرتب بهداشت دست و سیستم تنفسی انجام شود. پس از استفاده از تجهیزات حفاظت فردی، می بایست وسایل استفاده شده در ظروف پسماند (زباله) مناسب انداخته شوند و بهداشت دست قبل از پوشیدن و پس از درآوردن تجهیزات فردی رعایت گردد.

^{۳۶} Heavy duty gloves

۳. منازل و اماکن

جدول ۳. نوع و وسایل حفاظت فردی (PPE^{۳۷}) توصیه شده برای پیشگیری از بیماری کووید-۱۹ بر اساس محل، فرد (پرسنل) و نوع فعالیت برای منازل و اماکن^a

محل (محیط)	گروه هدف (پرسنل یا بیمار)	فعالیت	نوع وسایل حفاظت فردی یا رویکرد توصیه شده
خانه	بیماران با علائم تنفسی	فعالیت خاصی ندارد.	<ul style="list-style-type: none"> • حفظ حداقل فاصله ۱ متری. • ماسک جراحی (در صورتیکه توسط بیمار قابل تحمل باشد) به استثنای زمان خوابیدن • حفظ حداقل فاصله ۱ متری. • رعایت بهداشت دست ها
	مراقب بیمار (کمک بیمار)	ورود به اتاق بیمار، بدون کمک و یا ارائه خدمات مستقیم	<ul style="list-style-type: none"> • ماسک جراحی • حفظ حداقل فاصله ۱ متری. • رعایت بهداشت دست ها
	مراقب بیمار (کمک بیمار)	ارائه خدمات مستقیم یا زمان حمل یا تمیزکردن مدفوع، ادرار یا پسماندهای بیمار کووید-۱۹	<ul style="list-style-type: none"> • دستکش • ماسک جراحی • پیشبند (در صورتیکه ریسک پاشیدن وجود دارد) • رعایت بهداشت دست ها
	ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی - درمانی	ارائه خدمات بهداشتی — درمانی مستقیم به بیمار کووید-۱۹ در منزل	<ul style="list-style-type: none"> • ماسک جراحی • گان • دستکش • محافظ چشم
	افراد بدون علائم تنفسی	فعالیت خاصی ندارد.	<ul style="list-style-type: none"> • ضرورتی به استفاده از وسایل حفاظت فردی <u>نمی‌باشد</u>.

a - علاوه بر استفاده از تجهیزات حفاظت فردی مناسب، می‌بایست به صورت مرتب بهداشت دست و سیستم تنفسی انجام شود. پس از استفاده از تجهیزات حفاظت فردی، می‌بایست وسایل استفاده شده در ظروف پسماند (زباله) مناسب انداخته شوند و بهداشت دست قبل از پوشیدن و پس از درآوردن تجهیزات فردی رعایت گردد.

^{۳۷} Personal Protective Equipment

۴. محل های ورود

جدول ۴. نوع و سایل حفاظت فردی (PPE^{۳۸}) توصیه شده برای پیشگیری از بیماری کووید-۱۹ بر اساس محل، فرد (پرسنل) و نوع فعالیت برای محل های ورود^{۳۹} a

محل (محیط)	گروه هدف (پرسنل یا بیمار)	فعالیت	نوع وسایل حفاظت فردی یا رویکرد توصیه شده
بخشهای اداری	همه کارکنان	فعالیت خاصی ندارد.	ضرورتی به استفاده از وسایل حفاظت فردی <u>نمی باشد</u> .
بخش غربالگری	کارکنان	غربالگری اولیه (سنجش درجه حرارت) بدون تماس مستقیم ^b	<ul style="list-style-type: none"> حفظ حداقل فاصله ۱ متری. ایده آل این است یک با یک صفحه پلاستیکی شفاف، فضای پرسنل از مراجع جدا شده باشد ضرورتی به استفاده از وسایل حفاظت فردی <u>نمی باشد</u>. در صورتی که امکان حفظ فاصله فیزیکی وجود ندارد، از ماسک و محافظ چشم استفاده نماید رعایت بهداشت دست
	کارکنان	غربالگری ثانویه (مصاحبه با مسافرین دارای تب و علائم تنفسی و سوال در مورد مسافرت های گذشته آنها)	<ul style="list-style-type: none"> حفظ حداقل فاصله ۱ متری. ماسک جراحی دستکش رعایت بهداشت دست
	کارکنان تمیزکننده	تمیز کردن محل هایی که مسافرین دارای تب در آنجا غربالگری شدند	<ul style="list-style-type: none"> ماسک جراحی گان دستکش های ضخیم^{۴۰} محافظ چشم (در صورتیکه ریسک پاشیدن مواد آلی یا شیمیایی وجود دارد) چکمه یا کفش کار بسته رعایت بهداشت دست
آمبولانس یا وسایل نقلیه	ارائه دهنده گان خدمات بهداشتی - درمانی	انتقال افراد مشکوک به بیماری کووید-۱۹ به مراکز خدمات بهداشتی - درمانی ریفرال	<ul style="list-style-type: none"> ماسک جراحی گان دستکش محافظ چشم رعایت بهداشت دست
	رانندگان	رانندگی وسیله نقلیه حامل افراد مشکوک به بیماری کووید-۱۹ که کابین راننده مجزا از فرد مشکوک به بیماری است.	<ul style="list-style-type: none"> حفظ حداقل فاصله ۱ متری. ضرورتی به استفاده از وسایل حفاظت فردی <u>نمی باشد</u>. رعایت بهداشت دست

^{۳۸} Personal Protective Equipment

^{۳۹} Points of entry

^{۴۰} Heavy duty gloves

محل (محیط)	گروه هدف (پرستل یا بیمار)	فعالیت	نوع وسایل حفاظت فردی یا رویکرد توصیه شده
		کمک به بلند کردن و انتقال بیمار مشکوک به کووید-۱۹	<ul style="list-style-type: none"> • ماسک جراحی • گان • دستکش • محافظ چشم • رعایت بهداشت دست
		رانندگی وسیله نقلیه حامل افراد مشکوک به بیماری کووید-۱۹ که کابین راننده مجزا از فرد مشکوک به بیماری <u>نیست</u> .	<ul style="list-style-type: none"> • ماسک جراحی • رعایت بهداشت دست
	افراد مشکوک به بیماری کووید-۱۹	انتقال به مراکز خدمات بهداشتی - درمانی ریفرال	<ul style="list-style-type: none"> • ماسک جراحی در صورت قابل تحمل بودن • به بیمار بگوتید بهداشت دست ها را رعایت کند
	کارکنان تمیزکننده	تمیز کردن وسیله نقلیه ای که حامل افراد مشکوک به بیماری کووید-۱۹ بوده است	<ul style="list-style-type: none"> • ماسک جراحی • گان • دستکش های ضخیم^{۴۱} • محافظ چشم (در صورتیکه ریسک پاشیدن مواد آلی یا شیمیایی وجود دارد) • چکمه یا کفش کار بسته • رعایت بهداشت دست

a - علاوه بر استفاده از تجهیزات حفاظت فردی مناسب، می بایست به صورت مرتب بهداشت دست و سیستم تنفسی انجام شود. پس از استفاده از تجهیزات حفاظت فردی، می بایست وسایل استفاده شده در ظروف پسماند (زباله) مناسب انداخته شوند و بهداشت دست قبل از پوشیدن و پس از درآوردن تجهیزات فردی رعایت گردد.

b- این گروه شامل استفاده از ترمومترهای (دما سنج‌های) غیر تماسی، دروبین‌های تصویربرداری حرارتی و مشاهدات و پرسشگری محدود با حفظ فاصله حداقل ۱ متری است.

^{۴۱} Heavy duty gloves

۵. تیم پاسخ سریع

جدول ۵. نوع وسایل حفاظت فردی (PPE) توصیه شده برای پیشگیری از بیماری کووید-۱۹ براساس محل، فرد (پرسنل) و نوع فعالیت برای تیم های پاسخ سریع^{b,a}

محل (محیط)	گروه هدف (پرسنل یا بیمار)	فعالیت	نوع وسایل حفاظت فردی یا رویکرد توصیه شده
همه محلها	بازرسین تیم پاسخ سریع	مصاحبه یا تماس با افراد مشکوک یا مبتلا به بیماری کووید-۱۹	در صورت تماس از راه دور ضرورتی به استفاده از وسایل حفاظت فردی <u>نمی باشد</u> . مصاحبه از راه دور ارجح است. رعایت بهداشت دست
		مصاحبه حضوری با افراد مشکوک یا مبتلا به بیماری کووید-۱۹ <u>بدون</u> تماس مستقیم	<ul style="list-style-type: none"> • ماسک جراحی • حفظ حداقل فاصله ۱ متری. • مصاحبه می بایست در بیرون از منزل یا در محیط باز (outdoors) انجام شود و افراد مشکوک یا مبتلا به بیماری کووید-۱۹ در صورت امکان ماسک جراحی استفاده کنند. • رعایت بهداشت دست
		مصاحبه حضوری با تماسهای بدون علائم بیماران کووید-۱۹	<ul style="list-style-type: none"> • حفظ حداقل فاصله ۱ متری. • ضرورتی به استفاده از وسایل حفاظت فردی <u>نمی باشد</u>. • مصاحبه می بایست در بیرون از منزل یا در محیط باز (outdoors) انجام شود. در صورتیکه نیاز به ورود به محیط خانه می باشد، از دوربین تصویری حرارتی جهت اطمینان از اینکه افراد تب ندارد استفاده شود. • عدم تماس با هیچ گونه از وسایل داخل منزل • رعایت بهداشت دست

a - علاوه بر استفاده از تجهیزات حفاظت فردی مناسب، می بایست به صورت مرتب بهداشت دست و سیستم تنفسی انجام شود. پس از استفاده از تجهیزات حفاظت فردی، می بایست وسایل استفاده شده در ظروف پسماند (زباله) مناسب انداخته شوند و بهداشت دست قبل از پوشیدن و پس از درآوردن تجهیزات فردی رعایت گردد.

b- همه اعضای تیم پاسخ سریع می بایست به منظور پیشگیری از ابتلا به بیماری، در مورد بهداشت دست، روش صحیح پوشیدن و درآوردن وسایل حفاظت فردی آموزش داده شوند.

راهنمای استفاده از ماسک در محیط های عمومی

افرادی که علائمی دارند که مطرح کننده احتمال ابتلا به کووید-۱۹ می باشد باید:

- ماسک جراحی بپوشند، خود را ایزوله کنند، فاصله فیزیکی حداقل یک متر را از سایرین رعایت کنند
- نحوه در آوردن ماسک، دفع بهداشتی آن و شستشوی صحیح دستها را بدانند
- بهداشت تنفسی و آداب سرفه را رعایت کنند

در شرایط اپیدمی کووید-۱۹، توصیه می شود که تمام افراد، بدون توجه به این که آیا از ماسک استفاده می کنند یا نه، موارد زیر را رعایت کنند:

- از تجمعات و حضور در مناطق و فضاهای شلوغ پرهیز کنند
- حداقل فاصله فیزیکی ۱ متر را از سایرین رعایت کنند، بخصوص از افرادی که علائم تنفسی (نظیر سرفه، عطسه) دارند
- مکررا دستها را بشویند و بهداشت دستها را رعایت کنند، و اگر دستها آلودگی واضح ندارد و یا آب و صابون در دسترس نیست از هندراب های الکلی استفاده کنند
- موقع عطسه و سرفه جلوی دهان و بینی را با دستمال بپوشانند (یا داخل آرنج عطسه کنند) و دستمال استفاده شده را سریعاً در سطل زباله ترجیحاً درب دار بیندازند و دستها را بشویند
- از تماس با دهان و بینی و چشم ها خودداری کنند

جدول زیر نحوه توصیه به پوشیدن ماسک بر حسب محل و جمعیت و نوع ماسک را در شرایط مختلف نشان داده است:

نوع ماسک پیشنهادی	جمعیت	وضعیت/محل
ماسک غیر پزشکی (ماسک های پارچه ای سه لایه)	جمعیت عمومی در مکان های عمومی نظیر سوپرمارکت های بزرگ، در محل کار، انواع تجمعات اجتماعی و گرد همایی ها، مکان ها بسته چون سینما، مدارس، مساجد و کلیسا	مناطق که احتمال انتقال گسترده بیماری وجود دارد و امکان اقداماتی چون رعایت فاصله فیزیکی، رصد موارد در تماس، انجام تست، جداسازی و مراقبت مبتلایان وجود ندارد یا اندک است
ماسک غیر پزشکی (ماسک های پارچه ای سه لایه)	افرادی که در کمپ ها و مراکز تجمعی زندگی می کنند نظیر کمپ پناهندگان، زندان، مراکز نگهداری معتادان و ...	محل هایی که تراکم جمعیت بالاست و امکان رعایت فاصله فیزیکی وجود ندارد. امکان اجرای نظام مراقبت و ظرفیت تست، جداسازی و قرنطینه محدود است

ماسک غیر پزشکی (ماسک های پارچه ای سه لایه)	مکان های عمومی یا وسایل حمل و نقل عمومی (اتوبوس، هواپیما، قطار و ...) محیط های کاری که افراد در تماس نزدیک با هم و یا مراجعین قرار دارند نظیر فروشنندگان، مددکاران، گارسون ها و ..	مکان هایی که امکان رعایت فاصله فیزیکی وجود ندارد (تماس نزدیک)
ماسک پزشکی (ماسک جراحی)	گروههای در معرض خطر: • سن بیشتر/ بالای ۶۰ سال • افراد با بیماری های زمینه ای (رجوع به متن)	مکان هایی که که امکان رعایت فاصله فیزیکی وجود ندارد و خطر عفونت/تبعات نامطلوب بالاست
ماسک پزشکی (ماسک جراحی)	افرادی که علائمی به نفع ابتلا به کووید ۱۹ دارند	هر مکانی در جامعه (میتواند با هر سناریوی انتقالی تعریف شود)

استفاده مداوم و هدفمند از ماسک طبی Targeted continuous medical mask use در بخش های خاصی نظیر هماتولوژی ، سرطان ، پیوند از اهمیت ویژه ای برخوردار است .

پوشیدن ماسک طبی توسط کلیه کارکنان بهداشتی درمانی و مراقبین در کل شیفت در بخش های بالینی و برای کلیه فعالیتهای روزمره و روتین است. ماسک فقط در صورتی تعویض می شود که مرطوب شده یا آسیب ببیند. ، یا در صورتی که کادر درمانی برای خوردن یا آشامیدن مجبور به درآوردن ماسک شوند .

قابل توجه این که در صورت کمبود شدید ماسک طبی ، محافظ صورت می تواند توسط کارکنان خدمات بهداشتی درمانی به صورت جایگزین مورد استفاده قرار گیرد. ماسک های پارچه ای برای محافظت از کارکنان خدمات بهداشتی درمانی کارایی لازم را نداشته و مناسب نمی باشند.

ضمیمه ۷ : مدیریت علائم عدم دسترسی به مواد در بیماران بستری با سابقه سوء مصرف مواد

نویسندگان:

گروه فارماکوتراپی و روان تنی بیمارستان امام خمینی، گروه سایکوسوماتیک بیمارستان طالقانی-تهران

مدیریت علائم عدم دسترسی به مواد در بیماران بستری با سابقه سوء مصرف مواد

مقدمه

بسیاری از مواد طبیعی، نیمه سنتتیک و سنتتیک به عنوان تغییر دهنده خلق مورد سوء مصرف قرار می گیرند. این مواد تاثیرات افیونی خود را از طریق مکانیسم‌های مختلف فارماکولوژیک اعمال می کنند. عدم دسترسی به این مواد می توانند منجر به عوارض مختلفی بر اساس مکانیسم فارماکولوژیکی آن ماده گردد. سوء مصرف مواد به مصرف غیر درمانی مواد که منجر به مشکلات متعدد اجتماعی می گردد اطلاق می گردد. اعتیاد به فرم شدیدتر سوء مصرف مواد که با عوارض فیزیولوژیک و رفتاری همراه است اشاره دارد.

انواع اوبیویید های موجود در ایران

• تریاک

تریاک مایعی است شیر مانند که از گیاه کال خشخاش بدست می آید. زمانی که این مایع در معرض هوا قرار می گیرد سخت شده و به ماده قهوه ای سوخته و یا سیاه رنگ تبدیل می شود. شکل سخت شده آن معمولاً "تدخین" می شود اما به طور خوراکی هم میتوان از آن استفاده کرد.

• هروئین

هروئین یا دی استیل مورفین مشتق دی استیل هروئین بوده که از طریق تدخین با زرورق، استنشاقی و تزریق وریدی استفاده می شود. نشنگی هروئین در مقایسه با تریاک از دوام، ماندگاری و طول عمر کمتری برخوردار است. نکته دیگری که در مورد هروئین آن را از دیگر اوبیویید ها متمایز می کند توانایی عبور سریع آن از سد خونی-مغزی در فرم تزریقی است که باعث ایجاد نشنگی (euphoria) شدید در فرد می نماید. اسامی خیابانی هروئین بسیار متنوع بوده ولی بیشتر به اسم "دوا" و یا "گرد" در ایران معروف است.

• کراک

کراک یک ماده مخدر است که قوی تر و سریع الاثر تر از کوکائین است و در دسته مواد محرک قرار می گیرد. اما ماده ای که امروزه در کشور ما تحت عنوان کراک عرضه می شود ماده مخدری است که هیچ شباهتی به کراک بدست آمده از کوکائین ندارد. ماده اصلی موجود در آن طبق بررسی های انجام شده هروئین بوده که با طیف گسترده ای از مواد دیگر مخلوط می گردد. یکی از دلایل مهم شیوع مصرف این ماده مخدر، مصرف راحت آن، بی بو بودن و سریع الاثر بودن است و مهمتر از همه اینکه گفته می شود مصرف این ماده اعتیاد ندارد. این مسئله به خصوص در بیماران بستری حائز اهمیت است زیرا می توانند این ماده را به راحتی در بیمارستان مورد سوء مصرف قرار دهند و خطر مسمومیت با اوبیوییدها در این بیماران بسیار بالا می باشد.

• تمجیزک، نورجیزک

تمجیزک با نام ژنریک بوپره‌نورفین هیدروکلرید داروی آگونیست/ آنتاگونیست اپیویدی و نورجیزک با ترکیبات بوپره‌نورفین هیدروکلرید، آسپرین، کافئین، آرفنادرین، دو ماده ای هستند که در اشکال خوراکی و تزریقی با کاربرد ضد درد و ضد گیرنده های اپیویدی در سیستم عصبی مرکزی برای درمان اعتیاد مورد استفاده قرار می گیرند. وجود گلوکوکورتیکوئید و سایر ترکیبات متفرقه در تمجیزک و نورجیزک موجود در ایران گزارش شده است. مجیزک، اورجیزک، تی دی جیزک اسامی خیابانی دیگر این فرآورده هستند.

سندرم محرومیت از اپیوئیدها

سندرم ترک اپیوئیدها علائم کلاسیک ترک هستند که در ادامه ذکر می گردد. علائم ترک هروئین (در ایران کراک معمولاً حاوی هروئین است). معمولاً با شدت بیشتر و شروع سریع تر رخ می دهد.

علائم سندرم محرومیت به تفکیک زمان وقوع:

- ۱ تا ۸ ساعت بعد از آخرین مصرف: احساس نیاز به مواد، اضطراب، ترس از خماری

- ۸ تا ۲۴ ساعت بعد از آخرین مصرف: اضطراب، بی قراری، بی خوابی، خمیازه، آبریزش بینی

اشک ریزش، تعریق، کرامپ های شکمی و گشاد شدن مردمک

- ۱ تا ۳ روز بعد از آخرین مصرف: لرزش، اسپاسم عضلانی، تهوع، اسهال، تاکی کاردی، لرز و سیخ شدن موها

✓ درمان:

قبل از اقدام به درمان، توجه به شرح حال، علایم و نشانه های ترک، بیماریهای زمینه ای، داروهای مصرفی همراه و بررسی های آزمایشگاهی اولیه شامل تست های بیوشیمی، الکترولیتها، کارکرد کلیوی- کبدی، شمارش سلولهای خون و نوار قلب توصیه می شود.

مدیریت سندرم ترک شامل دو رویکرد کلی است.

- درمان با اپیوئیدهای جایگزین

- درمان با غیر اپیوئیدها

بطور کلی ترجیح این است که مدیریت سندرم ترک با یک دارو انجام شود که این مساله فقط با جایگزین های اپیوئیدی ممکن است. مگر در دو حالت:

حالت اول وقتی است که بیمار مصرف اپیوئیدها را عامدانه کنار گذاشته و قصد دارد برای اعتیاد درمان پرهیزمدار را دریافت کند.

حالت دوم وقتی است که فرد بعلت دریافت آنتاگونیست اپیوئیدی مانند نالترکسون دچار سندرم ترک شده باشد که در این حالت تجویز جایگزین اپیوئید مانند متادون یا بوپرنورفین با خطر مسمومیت ریباند (rebound) همراه است.

درمان با متادون

پیش از شروع متادون یک نوار قلبی (ECG) از بیمار گرفته شود. در صورتی که $QTC < 450$ ms بود: در طی دوره درمان جهت جلوگیری از بروز عوارض قلبی، $Mg > 2$ و $K > 3.5$ حفظ شود.

مرحله درمان	دوز دریافتی	ملاحظات
دوز اولیه	تزریقی: (IM, SC) <ul style="list-style-type: none"> ۵-۱۰ میلی گرم در روز خوراکی: ۱۰-۲۰ میلی گرم در روز 	<p>شکل تزریقی در بیماران با شرایط زیر ارجح است:</p> <ul style="list-style-type: none"> بیمارانی که عوارض ترک شدید تری دارند (عدم تحمل خوراکی) بیمارانی که بیش از ۵ روز از آخرین زمان مصرف آنها گذشته است.
افزایش دوز	افزایش ۵-۱۰ میلی گرم در صورت برطرف نشدن علائم یا عود مجدد بعد از ۲-۴ ساعت	<p>برای کنترل سندرم ترک معمولاً نیازی به افزایش دوز متادون نیست و همان دوز اولیه برای کنترل علائم ترک کافی است. مگر اینکه بستری بیمار طولانی شود و بر اساس شرایط بالینی بیم آن رود که بیمار به علت و لغ (craving)، دست به مصرف خودسرانه بزند و خطر مسمومیت وجود داشته باشد. در این صورت با مشورت روانپزشک یا پزشک دوره دیده در زمینه اعتیاد می توان افزایش دوز به شیوه گفته شده در این جدول را مدنظر قرار داد. در غیر این صورت این روش برای همه بیماران توصیه نمی شود زیرا هدف از تجویز متادون کنترل علائم ترک است و نه اجرای پروتکل های درمان اعتیاد بیمار مانند درمان نگهدارنده با متادون</p> <p>در صورتی که بیمار مصرف طولانی مدت یا مقدار مصرف بالایی داشته است. (تشخیص بالینی و تاریخچه بیمار) دوز اولیه بالاتر به صورت یکجا بر افزایش پله ای ارجح است. دوز حداکثر در بیماران بستری ۸۰-۶۰ میلی گرم روزانه است.</p>

مرحله درمان	دوز دریافتی	ملاحظات
حداکثر دوز در روز اول	تزریقی: • ۳۰ میلی گرم خوراکی: • ۴۰ میلی گرم	در اکثر منابع تفاوتی بین دوز تزریقی و خوراکی قائل نشده اند. در برخی منابع دوز خوراکی معادل دو برابر دوز تزریقی است.
دوز نگهدارنده	هر دوزی که بیماران با آن: • میل به مصرف مواد تحت کنترل درآید. • نشئگی ناشی از مصرف مواد توسط خود بیمار را سرکوب کند. • خواب آلودگی ناشی از متادون قابل تحمل باشد.	دوز حداکثر در بیماران بستری ۸۰-۶۰ میلی گرم روزانه است.
کاهش دوز	در بیماران بستری با در نظر گرفتن شرایط بالینی می توان تا حداکثر روزی ۲۰٪ از دوز نگهدارنده را کاهش داد.	*معمولا بازه ۱ تا ۲ هفته ای را برای قطع مصرف در نظر می گیریم. کاهش دوز زمانی کاربرد دارد که سم زدایی با هدف درمان پرهیزمدار مطرح باشد که در حین بستری لزومی ندارد.
تبدیل دوز بین متادون خوراکی و تزریقی	در اکثر منابع تفاوتی بین دوز تزریقی و خوراکی قائل نشده اند. در برخی منابع دوز خوراکی معادل دو برابر دوز تزریقی است.	بیماری که ۵ میلی گرم متادون تزریقی دریافت می کرده است می تواند با ۱۰ میلی گرم خوراکی جایگزین شود.

در برخی منابع پیشنهاد شده است که در صورتی که علائم ترک شدید باشند تا شروع اثر متادون می توان از تک دوز اپیوئیدهای کوتاه اثر (مثل ۵ میلی گرم آمپول مورفین استفاده کرد). معمولا نیازی به انجام این کار نیست و متادون به تنهایی کافی است. زیرا زمان شروع اثر متادون خوراکی ۳۰ دقیقه و تزریقی ۱۰ دقیقه است که زمان زیادی نیست.

در صورت عدم دسترسی به متادون می توان از دوزهای معادل از سایر اپیوئیدها استفاده کرد

نام دارو	دوز معادل تزریقی (mg)	دوز معادل خوراکی (mg)	طول اثر کنترل درد (h)	ملاحظات
مورفین	۱۰	۳۰	۴	در برخی منابع دوز خوراکی تا ۵ برابر هم ذکر شده است
متادون	۵	۱۰	۸	در برخی منابع دوز تزریقی مورفین و متادون برابر ذکر شده است. اثر تجمعی دارو، دپرسیون تنفسی و طولانی شدن QT interval در نظر گرفته شود.
اکسی کدون	۴,۵	۳۰	۴	قرص ۵، ۱۵ و ۳۰ در دسترس است. شکل تزریقی ندارد.
پتیدین	۱۰۰	۳۰۰	۳	شکل خوراکی ندارد
فنتانیل	-	-	۲ (پچ پوستی)	تنها پچ پوستی برای این اندیکاسیون قابل استفاده است. پچ ۵۰ میکروگرمی معادل ۶۰ میلی گرم مورفین تزریقی در روز است

درمان با کلونیدین

درمان با کلونیدین اکثر علائم محرومیت با اوپیوئیدها را می تواند پوشش دهد. توجه به فشار خون و تعداد نبض بیمار حیاتی است. ترجیحا فشار خون بیمار $< 60/100 \text{ mmHg}$ و ضربان قلب < 60 ضربه در دقیقه باشد:

روز	دوز	زمان تجویز	ملاحظات
۱	۰,۱ میلی گرم	هر ۶ ساعت در صورت نیاز	مزایا:
۲	۰,۲ میلی گرم	هر ۶ ساعت در صورت نیاز	• کنترل مناسب علائم
۳	۰,۳ میلی گرم	هر ۶ ساعت در صورت نیاز	(فشارخون بالا، لرزش، تعریق، اضطراب و بی قراری)
۴	۰,۲ میلی گرم	هر ۶ ساعت در صورت نیاز	• پتانسیل سوء مصرف پایین
۵	۰,۲ میلی گرم	هر ۸ ساعت در صورت نیاز	معایب:
۶	۰,۲ میلی گرم	هر ۱۲ ساعت در صورت نیاز	• احتمال ایجاد افت فشار خون و نیاز به پایش فشار خون

روز	دوز	زمان تجویز	ملاحظات
۷	۰,۱ میلی گرم	هر ۱۲ ساعت در صورت نیاز	<ul style="list-style-type: none"> • خواب آلودگی • روی درد و عوارض گوارشی ترک اثری ندارد.
بیمارانی که روی متادون بوده اند ممکن است به دوره درمان طولانی تری نیاز داشته باشند. دوز ۰,۲ میلی گرم هر ۶ ساعت را از روز ۳ تا ۱۰ ادامه داده و ادامه درمان را بعد از آن پیگیری نمایند.			
بسیاری از بیماران با پاسخدهی مناسب می توانند طی ۵ روز (با حذف روز ۳ و ۴) درمان خود را دریافت کنند.			

دارو درمانی سایر عوارض

اکثر علائم ترک طی ۸ تا ۱۲ ساعت ظاهر شده و در ۷۲ تا ۹۶ ساعت بسته به طول مدت اثر ماده مخدر به حداکثر خود رسیده و بعد از آن کاهش می یابند. برخی از علائم مانند بی خوابی یا عوارض گوارشی می توانند تا هفته ها ادامه یابد.

عارضه	دارو	دوز
اضطراب و بی قراری	دیفن هیدرامین	۲۵ میلی گرم هر ۶ ساعت در صورت لزوم
	لورازپام	۱-۲ میلی گرم در صورت نیاز
	گاباپنتین	۳۰۰-۶۰۰ میلی گرم در موقع نیاز و قابل تکرار هر ۸ تا ۱۲ ساعت
بی خوابی	دیفن هیدرامین	۲۵-۵۰ میلی گرم قبل خواب
	ملاتونین	۳-۶ میلی گرم قبل خواب
	لورازپام	۱-۲ میلی گرم قبل خواب
	گاباپنتین	۳۰۰-۶۰۰ میلی گرم قبل خواب
درد مفصل/عضله	ترازادون	۵۰ میلی گرم موقع خواب در صورت لزوم، در صورت نیاز یک دوز دیگر هم می تواند مصرف شود
	استامینوفن	۵۰۰ میلی گرم هر ۴ ساعت تا حداکثر ۳ گرم در روز
	ایبوپروفن	۴۰۰ میلی گرم هر ۴ ساعت در صورت نیاز

عارضه	دارو	دوز
تهوع/استفراغ	پرومتازین	۲۵ میلی گرم هر ۴ ساعت در صورت لزوم
	متوکلوپرامید	۱۰ میلی گرم هر ۴ ساعت در صورت لزوم
اسهال	لوپرامید	ابتدا ۴ میلی گرم (دو قرص) سپس ۲ میلی گرم (یک قرص) در هر نوبت اسهال تا ۱۶ میلی گرم روزانه (۸ قرص)
	دیفنوکسیلات/آتروپین	۵/۰,۰۵ میلی گرم هر ۶ ساعت در صورت لزوم
کرامپ شکمی	دی سیکلومین	۲۰ میلی گرم هر ۶ ساعت در صورت لزوم
اسپاسم عضلانی	متوکاربامول	۱ گرم هر ۶ ساعت در صورت لزوم
سوهاضمه	آنتی اسید	۱۵ تا ۳۰ میلی لیتر هر ۸ ساعت در صورت لزوم
اضطراب، بی قراری و تحریک پذیری	دیفن هیدرامین	۲۵ میلی گرم هر ۶ ساعت در صورت لزوم
	میرتازپین	۱۵ میلی گرم موقع خواب
	گاباپنتین	۳۰۰-۶۰۰ میلی گرم موقع نیاز
	الانزپین	۲,۵-۵ میلی گرم موقع نیاز
	ریسپریدون	۱ میلی گرم موقع نیاز

در بیماران در ریسک بالای دلیریوم از جمله بیمارانی که بدلیل کوید ۱۹ بدحال هستند، در درمان با ترکیبات آنتی کولینرژیک از جمله دیفن هیدرامین احتیاط شود.

در تجویز داروهای سداتیو به علایم تنفسی بیمار دقت شود.

کنترل درد در بیماران با سابقه مصرف ترکیبات اوپیوئیدی

در کنترل درد باید به موارد زیر توجه کرد:

- مصرف اوپیوئید به صورت موقع نیاز (PRN) در بیمارانی که ترک کرده اند می تواند منجر به بازگشت علائم ترک گردد و حتی الامکان از دارو های غیر اوپیوئیدی استفاده گردد.
- برای کنترل درد می توان از استامینوفن یا یک NSAID هم استفاده نمود.

راهنمای تشخیص و درمان کووید-۱۹ در سطوح ارائه خدمات سرپایی و بستری - نسخه هشتم

- مصرف همزمان اوبیویید کوتاه اثر و طولانی اثر ریسک سرکوب سیستم عصبی مرکزی را می تواند افزایش دهد. این بیماران نیاز به پایش دقیق تر علائم حیاتی دارند.

- رفتار “drug seeking” در این بیماران احتمال زیادی دارد و باید علائم بالینی درد در نظر گرفته شود.

جدول: معادل سازی مشتقات تریاک با اشکال دارویی موجود (اعداد این جدول تخمینی بوده و با توجه به خلوص مواد متغییر است. جایگزینی باید بر اساس کنترل علایم و نشانه های ترک و عوارض صورت گیرد)

نوع و مقدار ماده مصرفی	قرص / آمپول متادون	آمپول مورفین (SC, IV, IM)	آمپول پنتیدین (SC, IV, IM)
هر گرم تریاک (خوراکی)	۱.۵ سی سی هر ۶ ساعت	۲,۵ میلی گرم (نصف یک قرص یا آمپول ۵ میلی گرمی) هر ۸ ساعت	۵ میلی گرم (نصف یک آمپول ۱۰ میلی گرمی) هر ۶ ساعت
هر گرم تریاک (استنشاقی)	۰.۷۵ سی سی هر ۶ ساعت (۱.۵ سی سی هر ۱۲ ساعت)	۱,۲۵ میلی گرم هر ۸ ساعت	۲,۵ میلی گرم هر ۶ ساعت
هر مثقال تریاک (خوراکی)	۷ سی سی هر ۶ ساعت	۱۰ میلی گرم هر ۸ ساعت	۲۵۰ میلی گرم هر ۶ ساعت
هر مثقال تریاک (استنشاقی)	۳ سی سی هر ۶ ساعت	۵ میلی گرم هر ۸ ساعت	۱۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت
هر نخود تریاک (خوراکی)	۰.۳ سی سی هر ۶ ساعت	۰,۵ میلی گرم هر ۸ ساعت	۱۰ میلی گرم هر ۶ ساعت
هر نخود تریاک (استنشاقی)	۰.۱۵ سی سی هر ۶ ساعت	۰,۲۵ میلی گرم هر ۸ ساعت	۵ میلی گرم هر ۶ ساعت
هر گرم شیره سوخته (خوراکی)	۷,۵ سی سی هر ۶ ساعت	۱۰ میلی گرم هر ۸ ساعت	۲۵۰ میلی گرم هر ۶ ساعت
هر گرم شیره سوخته (استنشاقی)	۳,۵ سی سی هر ۶ ساعت	۶ میلی گرم هر ۸ ساعت	۱۲,۵ میلی گرم هر ۶ ساعت
هر گرم هروئین (استنشاقی)	۲,۵ سی سی هر ۶ ساعت	۵ میلی گرم هر ۸ ساعت	۸ میلی گرم هر ۶ ساعت

هر گرم هروئین (تزیقی)	۱۶,۵ سی سی هر ۶ ساعت	۱۰ میلی گرم هر ۸ ساعت	۵۰ میلی گرم هر ۶ ساعت	۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت
-----------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------	------------------------

مواد محرک و توهم زا

از مواد محرک شایع در دنیا می توان از کوکائین ، آمفتامین ، متیلن دی اکسی آمفتامین و مت آمفتامین (شیشه) ریتالین، کافئین ، افدرین ، سودوافدرین، تئوفیلین ، فن فلورامین نام برد. اکثر مواد محرک صنعتی در ایران موجود نیستند اما مواد قابل دسترس در ایران مانند مت آمفتامین یا ریتالین و سودوافدرین شیوع مصرف بالایی دارند. این دارو ها عوارض مصرف و سندرم محرومیت مشابهی دارند.

سندرم محرومیت مواد محرک

محرومیت از مواد محرک ایجاد علائم فیزیولوژیک سندرم ترک نمی کند. علائم روانی ایجاد شده تهدید کننده حیات نیستند. درمان بیشتر به صورت علامتی بوده و درمان اختصاصی برای این مشکل وجود ندارد.

مراحل سندرم محرومیت از مواد محرک	
<ul style="list-style-type: none"> • طول مدت چند ساعت تا چند روز • تحریک پذیری • بی اشتها • افسردگی • خستگی • پر خوابی • احساس نیاز^{۴۳} به مواد در این دوره به وجود آمده و رفع می گردد. 	مرحله "در هم شکستن" ^{۴۲}
<ul style="list-style-type: none"> • فقدان لذت^{۴۴} • فقدان انرژی و انگیزه • اضطراب افزایش یابنده • احساس نیاز به مواد کم اما با تحریک عصبی تشدید می گردد. 	مرحله "محرومیت"
<ul style="list-style-type: none"> • عادی شدن میزان خواب، انرژی و خلق 	مرحله "خمودگی" ^{۴۵}

⁴² crash

⁴³ craving

⁴⁴ anhedonia

⁴⁵ Extinction

مراحل سندرم محرومیت از مواد محرک

- احساس نیاز به مواد بصورت دوره ای و فقط در پاسخ به تحریکات عصبی

علائمی مانند اضطراب و تحریک پذیری ممکن است بیش از ۱-۲ هفته ادامه یابند.

درمان مرحله ای تحریک پذیری ناشی از آمفتامین ها

<ul style="list-style-type: none"> • درمان با بنزودیازپین ها • داروی انتخابی لورازپام • ۲ میلی گرم خوراکی حداکثر ۴ میلی گرم در ساعت اول در صورت لزوم 	<p>مرحله اول</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت تحریک پذیری شدید و عدم همکاری در دریافت داروی خوراکی: • ۲/۵-۵ میلی گرم میدازولام عضلانی در صورت عدم پاسخدهی یک دوز دیگر با فاصله ۱۰ دقیقه می توان تجویز کرد. 	<p>مرحله دوم</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت عدم پاسخدهی به ۲ دوز بنزودیازپین داروی ضد سایکوز تجویز شود. • اولانزپین خوراکی ۵ تا ۱۰ میلی گرم داروی انتخابی است • در صورت عدم پاسخدهی ۱ دوز دیگر با فاصله یک ساعت می تواند تکرار شود. 	<p>مرحله سوم</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت عدم اثر بخشی مراحل ۱ تا ۳ مرحله ۲ مجدد تکرار گردد. 	<p>مرحله چهارم</p>
<ul style="list-style-type: none"> • به طور کلی به علت ریسک بالاتر عوارض در این بیماران داروهای ضد سایکوز به خصوص داروهای تیپیکال high potency توصیه نمی گردد. • در صورت تجویز داروی ضد سایکوز بعد از ۳ روز بررسی مجدد صورت گیرد. معمولاً این بیماران به درمان بیش از ۳ روز داروهای ضد سایکوز نیازی ندارند و درمان اضطراب و افسردگی باید برای این بیماران آغاز گردد. • از مصرف بتابلاکر در این بیماران به هر دلیل باید خودداری گردد. بتا بلاکر در این بیماران منجر به تنگ شدن عروق ناشی از تحریک گیرنده آلفا بدون اثر آگونیستی بتا می گردد. 	<p>ملاحظات</p>

درمان علائم وابستگی به بنزودیازپین ها

موثر ترین روش برای کاهش عوارض ترک بنزودیازپین ها تغییر دارو مربوطه به دوز برابر از بنزودیازپین طولانی اثر تر و کاهش دوز پله پله آن است. در صورتی که دارو طولانی اثر مصرف می کند فقط دوز دارو را به فاصله هفتگی ۲۰ تا ۲۵ درصد کاهش می دهیم. طول مدت درمان مناسب برای اکثر بیماران حدود ۸ تا ۱۲ هفته می باشد.

تبدیل دوز بنزودیازپین ها		
دسته:	دارو	دوز برابری
طولانی اثر	کلردیازپوکساید	۱۰-۲۵ میلی گرم
	دیازپام	۱۰ میلی گرم
متوسط و کوتاه اثر	آلپرازولام	۱ میلی گرم
	کلونازپام	۰,۵ میلی گرم
	فلورازپام	۱۵-۳۰ میلی گرم
	لورازپام	۲ میلی گرم
	اگزازپام	۱۵-۳۰ میلی گرم

داروهای شبه بنزودیازپینی

در مورد داروهای شبه بنزودیازپینی مانند زولپیدم مواردی از تشنج و عوارض ناشی از محرومیت مانند بنزودیازپین ها مشاهده شده است. در این بیماران دوزهای بالا و مصرف طولانی مدت (بیش از ۲ سال) زمینه ساز وابستگی بوده است. درمان در این بیماران مانند مصرف کنندگان بنزودیازپین ها می باشد. در این بیماران دوز درمانی بنزودیازپین طولانی اثر مانند کلردیازپوکساید (۱۰-۲۰ میلی گرم به از هر ۱۰ میلی گرم زولپیدم) جایگزین می گردد.

کنترل عوارض جانبی ناشی از محرومیت از بنزودیازپین ها

عارضه	دارو	میزان مصرف
پیشگیری از تشنج	داروهای ضد تشنج غیر بنزودیازپینی کارآیی چندانی در پیشگیری یا درمان تشنج در این بیماران ندارند.	
	والپروات سدیم	رژیم پیشنهادی: شروع درمان با ۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز اضافه کردن دوز به صورت هفتگی تا حداکثر ۲۰۰۰ میلی گرم روزانه می باشد. ادامه درمان ۲ تا ۴ هفته بعد از قطع بنزودیازپین سپس قطع پله پله است.

عارضه	دارو	میزان مصرف
در بیماران با مشکلات کبدی می توان داروهایی مانند گاباپنتین، توپیرامات و یا لوتیراستام را در نظر گرفت.		
تاکی کاردی، فشار خون، لرزش، تعریق، اضطراب و بی قراری	پروپرانولول	رژیم پیشنهادی: ۱۰ میلی گرم ۳ بار در روز در صورت لزوم تا ۳ روز (عوارض ابتدای محرومیت)
فشار خون، لرزش، تعریق، اضطراب و بی قراری	کلونیدین	رژیم پیشنهادی: ۰٫۱ میلی گرم ۳ بار در روز در صورت نیاز
سایر علائم همانند بی خوابی، بی قراری، تحریک پذیری، دردهای عضلانی، اسپاسم عضلانی، علائم گوارشی	شبه داروهای مورد استفاده جهت کنترل علائم ترک ناشی از اوبیوئیدها	شبه اوبیوئیدها

حشیش

یکی از مواد مخدری که از زمان های بسیار قدیم تا به امروز به منظور خروج از حالت تعادل طبیعی مورد استفاده بشر بوده و هست، حشیش می باشد. این ماده، از درختچه ای به نام شاهدانه و یا کانابیس به دست می آید. موادی که از قسمت های مختلف این گیاه به دست می آید، نام های مختلفی دارند؛ مثل بنگ، حشیش، گرس، علف یا ماری جوانا که بسته به مقدار تترا هیدرو کانابینول موجود در آنها از قدرت کمتر و یا بیشتری برخوردار هستند تترا هیدرو کانابینول (THC)، ماده اصلی این خانواده است که مقدار آن در قسمت های مختلف گیاه متفاوت است. بیشترین مقدار THC در صمغ یا شیرهای است که از برگ های تازه جوانه زده گیاه حاصل می شود که به آن حشیش اطلاق می گردد. بنگ که از جوشانده ترکیب ساقه و برگ های این گیاه بدست می آید که به آن روغن حشیش نیز می گویند. علف یا گرس یا ماری جوانا از خشک کردن و پودر کردن برگ های گیاه شاهدانه بدست می آید.

کنترل علائم محرومیت از کانابیس

کانابیس علائم محرومیت شدید و تهدید کننده حیات نداشته و درمان به صورت حمایتی و با تمرکز بر عوارض ترک می باشد. معمولاً کمتر از نیمی از بیماران دچار علائم سندرم ترک می گردند.

علائم محرومیت معمولاً ۱ تا ۳ روز بعد از آخرین زمان مصرف شروع شده و بعد از ۲ تا ۶ روز به حداکثر شدت خود می رسند. بیشتر علائم طی ۴ تا ۱۴ روز برطرف می گردند.

دارودرمانی علائم محرومیت کانابیس مانند دارودرمانی کنترل عوارض جانبی ناشی از محرومیت از بنزودیازپین ها می باشد.

نکات در بیماران کووید-۱۹

-در تجویز بنزودیازپین ها و داروهای با خواص آنتی کولینرژیک به مشکلات تنفسی این بیماران و بروز دلیریوم دقت شود.

-در تجویز متادون و متوکلوپرامید به تداخلات این داروها و داروهای دیگر مورد استفاده در این بیماران و خطر QT interval prolongation دقت شود.

منابع ضمیمه هفتم :

- Michele M. Leonhart et al. drugs of abuse. Drug Enforcement Administration,U.S. Department of Justice. 2011
- Weaver MF, Hopper JA, Opioid withdrawal management during treatment for addiction, In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate ,Waltham, MA, 2012.
- Torrington M, Domier CP, Hillhouse M, Ling W. Buprenorphine 101: treating opioid dependence with buprenorphine in an office-based setting. *J Addict Dis.* 2007;26(3):93-9.
- Paula L, Drug Misuse and Withdrawal: Adult, Screening and Intervention Guideline, Group Health Cooperative, Group Health Cooperative. 2011
- Amato L, Minozzi S, Pani PP, Davoli M. Antipsychotic medications for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;3:CD006306. DOI: 10.1002/14651858.CD006306.pub2
- Denis C, Fatseas M, Lavine E, Auriacombe M. Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;3:CD005194. DOI: 10.1002/14651858.CD005194.pub2.
- Johansson BA, Berglund M, Lindgren A. Efficacy of maintenance treatment with methadone for opioid dependence: a meta-analytical study. *Nord J Psychiatry.* 2007;61:288-295.
- McIver C, McGregor C, Baigent M, Guidelines for the medical management of patients with
- methamphetamine-induced psychosis, Drug & Alcohol Services South Australia, 2006
- Minozzi S, Amato L, Davoli M, et al. Anticonvulsants for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;2:CD006754. DOI: 10.1002/14651858.CD006754.pub2.
- Parr JM, Kavanagh DJ, Cahill L, Mitchell G, Young RM. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. *Addiction.* 2008;104:13-24.
- Huang MC, Lin HY, Chen CH. Dependence on zolpidem. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007 Apr; 61:207- 08.

ضمیمه ۸ : راهبرد های افزایش ظرفیت پرسنلی در شرایط
اضطرار در دوران کووید-۱۹

راهبردهای افزایش ظرفیت پرسنلی در شرایط اضطرار

در شرایطی که پیش بینی می شود با کمبود نیروهای بهداشتی و درمانی مواجه شویم، مراکز بهداشتی - درمانی و پرسنل، در همکاری با منابع انسانی و سرویس های خدماتی باید از راهبردهای شرایط اضطرار استفاده کنند تا شدت این مشکل تا حدودی کاهش یابد.

بدیهی است توصیه های ارائه شده فقط برای جبران کمبود نیروی انسانی از نظر "کمی" در شرایط اضطرار است. این تدابیر باید در فضایی همدلانه و با رعایت اصول سازمانی و روان شناختی پیش گیری از فرسایش شغلی کارکنان انجام شود که هم حقوق انسانی و سلامت کارکنان رعایت شود وهم "کیفیت" خدمات افت نکند.

مراکز مختلف بر اساس نیاز خود از توصیه های این راهنما می توانند استفاده کنند

بعنوان پایه، مراکز بهداشتی درمانی باید:

- با آگاهی از نیازهای پرسنل، از حداقل تعداد نیروی انسانی برای ارائه خدمات در محل استفاده نمایند
- با برقراری ارتباط با سایر ائتلاف های بهداشتی-درمانی محلی (نظیر رابطین سلامت، داوطلبین هلال احمر ...) یا به کار گیری سایر نیروهای بهداشتی (قرارداد با نیروهای بهداشتی بازنشسته، داوطلبین، NGO های بهداشتی و ...) در موارد نیاز استفاده کنند
- می توان با برگزاری دوره های کوتاه آموزشی، داوطلبین را آموزش داد

بیمارستان های مخصوص کووید-۱۹

برنامه های پرسنل را تنظیم کنید، با افراد جدید در صورت امکان قرارداد ببندید، جایجایی شیفت ها و مکان های خدمت در نظر گرفته شود.

- کلیه اقدامات درمانی و ویزیت های غیر ضروری را لغو کنید.
- جایجایی پرسنل به گونه ای باشد که افرادی که نیازمند دریافت مراقبت هستند، خدمات لازم را دریافت کنند. باید اطمینان داشت که پرسنل، آموزش مناسب را برای کار در این بخش ها دریافت کرده و تا حد امکان دیدگاه مثبتی به ارائه خدمت در این بخش ها داشته باشند. بخصوص برای افرادی که جدیداً به گروه اضافه شده اند
- تلاش شود که شرایط اجتماعی پرسنل بهبود یابد. تا حد ممکن امکان اقامت های طولانی تر پرسنلی که در ارتباط با بیماران هستند، فراهم شود
- تا حد ممکن گروه هایی که میتوانند به سیستم بهداشتی کمک کنند، شناسایی کنید
- تا حد ممکن مرخصی پرسنل مدیریت شود و در صورت نیاز به حداقل، تقلیل یابد

خاطر نشان می شود که تدوین برنامه های منطقه ای برای شناسایی مراکز مراقبت بهداشتی جایگزین با پرسنل کافی برای مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ اهمیت بسیاری دارد

در شرایط اضطرار پرسنل بدون علامت که در معرض SARS-CoV-2 قرار داشته اما هنوز مشخص نیست که مبتلا شده باشند، باید در محل کار خود حضور داشته باشند. در این شرایط:

- پرسنل باید تا ۱۴ روز پس از تماس نزدیک با فرد مبتلا، روزانه در مورد علائم (تب و علائم کووید-۱۹) بررسی شده و گزارش دهند. بدیهی است که استفاده از وسایل پیشگیرانه، خصوصاً ماسک برای همه پرسنل اجباری است و همواره اقدامات پیشگیرانه توسط پرسنل باید رعایت شود
- در صورتی پرسنل علامتدار شوند (علائمی که به نفع کووید باشد) باید با اطلاع مسئول بخش، به پزشک ارجاع و تست مولکولی کووید انجام شوند
- در صورتی که تست کووید فرد مثبت شود، بر اساس شرایط بیمارستان و تعداد نیروی انسانی در اختیار، پرسنل ممکن است ترخیص شوند تا بر اساس کرایتریای برگشت به کار معمول، اجازه برگشت به کار پیدا کنند.

اما در شرایط اضطرار و کمبود نیروی انسانی، پرسنلی که مشکوک به کووی-۱۹ بوده یا تست مثبت دارند اما حال عمومی شان تا حدی خوب است که بتوانند به کار خود در محل کارشان ادامه دهند، لازم نیست که همه ملاکهای برگشت به کار را رعایت کنند. نکات زیر برای این تصمیم گیری باید در نظر گرفته شود:

- این تصمیم بطور فردی برای هر یک از نیروی انسانی، بر اساس نیاز سیستم به خدمت آنان صورت می گیرد
- باید توجه شود که فرد در چه مرحله ای از بیماری اش قرار دارد (بهتر است در هفته اول شروع علائم نباشد)
- باید توجه شود که فرد چه علائمی دارد و چقدر این علائم از نظر ادامه کار برای وی قابل تحمل است
- محل کار پرسنل کجاست و تا چه حد درگیر مستقیم بیماران است؟ برای مثال آیا مستقیماً مسئول مراقبت از بیماران هستند و یا در محل دیگری نظیر محل تأمین و نگهداری از تجهیزات، نگهبانی و ... فعالیت می کنند
- زمینه های بیمارانی که فرد باید از آنها مراقبت کند نظیر بیماران نقص ایمنی و ... مهم است

توجه: اگر پرسنل اجازه ادامه کار پیدا کنند (بدون توجه به کرایتریای برگشت به کار) نباید در بخش بیمارانی که نقص ایمنی شدید دارند (نظیر انکولوژی، پیوند) مشغول به کار شوند. لذا در انتخاب محل کار این افراد باید موارد زیر در نظر گرفته شود. به ترتیب اولویت و امکانات نوشته شده است:

- ترجیحاً جایی کار کنند که ارتباط مستقیم با بیماران نداشته و نیز ارتباط کمتری با پرسنل داشته باشند
- پرسنلی که تست مثبت دارند ولی علائم شدید ندارند می توانند در بخش کووید که بیماران مثبت کووید بستری هستند فعالیت کنند.

- پرسنلی که تست مثبت دارند ولی علائم شدید ندارند می توانند به بیماران مشکوک به کووید خدمات ارائه نمایند

✓ در سخت ترین شرایط و در صورت محدودیت شدید نیروی انسانی، می توان از پرسنلی که تست مثبت دارند ولی علائم شدید ندارند برای ارائه خدمات به بیماران غیر کوویدی نیز استفاده نمود...

بدیهی است زمانی که به پرسنل اجازه داده می شود که قبل از زمان تعیین شده در ملاک های برگشت به کار، به محل کار خود برگردند باید تمام اصول حفاظت فردی را رعایت کنند که شامل استفاده از ماسک متناسب و شستشوی مکرر دستهاست. توجه به نکات زیر حائز اهمیت بسیار می باشد:

- این پرسنل باید بدانند که علاوه بر بیماران، باید از ابتلا همکاران خود نیز جلوگیری نمایند
- پوشیدن ماسک در طول حضور در محل خدمت دائمی است و حتی موقع استراحت و حضور در اتاق استراحت نیز باید ماسک بزنند
- تا جای ممکن فاصله فیزیکی را از همکاران خود رعایت کنند
- در صورتی که به هر دلیل باید ماسک را بردارند (خوردن و آشامیدن) باید در محلی جدا از سایرین باشند
- از تماس با افرادی که دچار نقص ایمنی هستند باید پرهیز کنند
- اگرچه این افراد کم علامت بوده و قادر به تحمل محل کار و ادامه فعالیت های خود می باشند اما باید خود مراقبتی را ادامه داده و در صورتی که علائم شان تشدید یابد، سریعاً اقدام کنند

نگهبانان:

در مورد نگهبانان، سربازان، رانندگان و افرادی که عموماً بطور مستقیم با بیماران، بخش ها یا محل نگهداری افراد (نظیر بندهای زندان ها) ارتباط ندارند زیر در صورتی که با کمبود نیروی انسانی مواجه هستند، موارد زیر توصیه می شود:

زمانی که پرسنل کافی برای ارائه خدمات به بیماران/در محل کار وجود ندارد، موارد زیر توصیه می شود:

- به پرسنل که در تماس با افراد مبتلا بوده اند اما معلوم نیست که مبتلا شده باشند، اجازه دهید به کارشان ادامه دهند
- این افراد روزانه از نظر علامتی و تب باید چک شوند. بدیهی است که استفاده از تجهیزات پیشگیری فردی الزامی است
- در صورتی که علامتدار شوند (علائم به نفع کووید) باید با پزشک مشورت شود
- در صورتی که تست کووید مثبت باشد، معمولاً پرسنل ترخیص می شوند تا بر اساس کرایتریای برگشت به کار معمول، اجازه برگشت به کار پیدا کنند. اما در مورد این گروه به دلیل کمبود شدید پرسنل، افرادی که مشکوک به کووی-۱۹ بوده یا تست مثبت دارند اما حال عمومی شان تا حدی خوب است که می توانند به کار خود در محل کارشان ادامه دهند، لازم نیست که همه ملاکهای برگشت به کار را رعایت کنند. اگر پرسنل اجازه ادامه کار پیدا کنند

- در انتخاب محل کار این افراد، ترجیحا جایی کار کنند که ارتباط مستقیم با سایرین نداشته باشند. این موضوع با توجه به شغل این دسته از پرسنل، مقدور است

بدیهی است که نظیر سایرین، زمانی که به پرسنل اجازه داده می شود که قبل از زمان تعیین شده در ملاک های برگشت به کار، به محل کار خود برگردند باید تمام اصول حفاظت فردی را رعایت کنند که شامل استفاده از ماسک متناسب و شستشوی مکرر دستهاست. توجه به نکات زیر حائز اهمیت بسیار می باشد:

- این پرسنل باید بدانند که علاوه بر بیماران، باید از ابتلا همکاران خود نیز جلوگیری نمایند
- پوشیدن ماسک در طول حضور در محل خدمت دائمی است و حتی موقع استراحت و حضور در اتاق استراحت نیز باید ماسک بزنند
- تا جای ممکن فاصله فیزیکی را از همکاران خود رعایت کنند
- در صورتی که به هر دلیل باید ماسک را بردارند (خوردن و آشامیدن) باید در محلی جدا از سایرین باشند
- از تماس با افرادی که دچار نقص ایمنی هستند باید پرهیز کنند
- اگرچه این افراد کم علامت بوده و قادر به تحمل محل کار و ادامه فعالیت های خود می باشند اما باید خود مراقبتی را ادامه داده و در صورتی که علائم شان تشدید یابد، سریعا اقدام کنند

منابع کلی

1. BMJ Best practice COVID-19. Last updated: Mar 02, 2020
2. Massachusetts General Hospital COVID-19 Treatment Guidance. Version 2.0 4/10/2020 7:00AM
3. Interim Guidance on Management Pending Empirical Evidence. From an American Thoracic Society-led International Task Force. Updated April 3, 2020
4. Recommendations for Minimal Laboratory Testing Panels in Patients with COVID-19 : Potential for Prognostic Monitoring. April 9, 2020
5. Brady L. Stein, MD, MHS. Coagulopathy associated with COVID-19. NEJM April 6 , 2020
6. Agness Lee, Maria DE Sancho, et al. COVID-19 and pulmonary embolism: frequently asked questions. American Society Of Hematology version 1.0 ; last updated April 9,2020
7. Agness YY Lee, Jean M Connors, et al . COVID-19 and coagulopathy. American Society Of Hematology version 2.0 ; last updated April 14,2020
8. Lisa Baumann Krueger. COVID -19 and VTE/Anticoagulation. American Society Of Hematology version 1.0 ; updated March 27 , 2020
9. Advice and guidance from WHO on COVID-19 <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>, 27 Feb 2020, version 1.4
10. Huang C, Wang Y, Li X, et al. *Clinical features* of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020 Feb 15;395(10223):497-506.
11. Chen N; Zhou M; Dong X; et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020 Feb 15;395(10223):507-13.
12. Rodriguez-Morales AJ, Cardona-Ospina JA, Gutiérrez-Ocampo E, et al. Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Travel Med Infect Dis*. 2020 Mar 13:101623.
13. Cheng Y, Luo R, Wang K, et al. Kidney disease is associated with in-hospital death of patients with COVID-19 . *Kidney Int*. 2020 Mar 20. pii: S0085-2538(20)30255-6.
14. Yang X, Yu Y, Xu J, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centred, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med* 2020; published online Feb 21. doi: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\):30079-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20):30079-5).
15. Fei Zhou, Ting Yu, Ronghui Du et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020; published Online March 9 doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3).

16. Ronco C, Reis T. Kidney involvement in COVID-19 and rationale for extracorporeal therapies. *Nat Rev Nephrol*. 2020 Apr 9. doi: 10.1038/s41581-020-0284-7.
17. World Health Organization. (2020). Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) : interim guidance. April 6, 2020. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331215>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
18. Advice on the use of masks in the context of COVID-19. interim guidance. 5 June 2020