



بسمه تعالی

تاریخ : ۱۳۹۹/۰۵/۲۵.....

شماره : ۵/۳/۳۱۶۸.....

پیوست: .. ندارد.....

## معاونت آموزشی

### جناب آقای دکتر کلیدری

### معاون محترم درمان

با سلام و احترام

بدینوسیله بند اول مصوبات پانزدهمین کمیته علمی آموزشی برخورد با همه گیری COVID-19 DX که از ساعت ۰۷:۳۰ لغایت ۱۰:۰۰ روز یکشنبه مورخ ۹۹/۰۵/۱۹ در تالار حکمت معاونت آموزشی تشکیل گردید، جهت آگاهی و دستور اقدام مقتضی ارسال می گردد.

**بند یک:** مروری بر تازه های عفونی COVID-19 DX توسط آقای دکتر فرزین خوروش عضو محترم هیأت علمی گروه عفونی و بیماریهای گرمسیری دانشکده پزشکی صورت پذیرفت و اهم موارد مندرج در مقاله NIH COVID-19 Treatment Guidelines در بیست و دو بند به شرح ذیل به معاونت درمان دانشگاه اعلام تا نسبت به اطلاع رسانی، ابلاغ به ذینفعان و ... بر حسب صلاحدید اقدام نمایند.

- I. در هنگام ویزیت بیمار دقت شود، روز چند از شروع بیماری است و در حال حاضر روز چندم بستری، چون ملاک روز شروع بیماری است.
- II. هفته اول فاز ویروسی است و داروی ضد ویروس مثل فاپرواویر رمدزیویر و خصوصا اینترفرون در این فاز تاثیر دارد و بعد در هفته دوم نه اینکه بی اثر باشد ولی عملا فایده چندانی ندارد.
- III. به هیچ عنوان در بیماران بدحال و در آی سی یو به بیماران اینترفرون تزریق نشود که منجر به بدتر شدن وضعیت بیمار می گردد.
- IV. بهتر است کورتون در هفته اول که فاز ویروسی است استفاده نشود، مگر اینکه بیماری به صورت ناگهانی در حال پیشرفت باشد خصوصا در بیماران سرپایی که اشباع اکسیژن بالای ۹۳ درصد است به هیچ عنوان کورتیکو استروئید تجویز نگردد.
- V. چهار الی شش میلی گرم دگزامتازون ( ۶-۴ میلی گرم) معادل ۳۲ میلی گرم متیل پردنیزولون و معادل ۴۰ میلی گرم پردنیزولون و ۲۶۰ میلی هیدروکورتیزون است، که تحمل و عوارض متیل پردنیزولون در بیماران را کمتر دیده ایم و می تواند ارجح باشد.

آدرس: اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، معاونت آموزشی

تلفن: ۰۳۱-۳۷۹۲۸۰۰۰\_۳۷۹۲۸۰۰۰-۳۱

نمابر: ۰۳۱-۳۶۶۸۲۰۰۶

صندوق پستی ۱۴۹

کدپستی: ۸۱۷۴۶-۷۳۴۶۱

email:education@mui.ac.ir

website:www.edu.mui.ac.ir



## معاونت آموزشی

۷۱. دوز کورتون یک بار روزانه است ولی در بیمارانی که بیماری به سرعت در حال پیشرفت هستند و خصوصا در هفته دوم که در فاز آزاد سازی سیتوکین هستند میتوان دوز بالاتر هم استفاده نمود تا بتوان التهاب را کنترل نمود. هیدروکورتیزون کلا نیمه عمر کوتاه دارد و منقسم در دو دوز روزانه بایستی استفاده شود و البته در شوک ارجح است و گرنه متیل پردنیزولون یا دگزامتازون در کووید بهتر است.

\*بعضی مقالات معتقدند بیمارانی که نیاز به اکسیژن دارند و اکسیژن افت دارد از کورتون سود می برند.

۷۱۱. با کنترل یکروز در میان CRP می توان وضعیت التهابی بیمار را کنترل نمود. در صورت افت آن نشانه کنترل التهاب است و مقالاتی می گویند در صورت کاهش به زیر ۲۰، دوز کورتون را کاهش و در صورتی که زیر ۱۰ آمد می توان آن را قطع نمود. - در صورت افزایش CRP در حین درمان یا بدتر شدن وضعیت بیمار می تواند نشانه افزایش فاز التهابی یا سوپر اینفکشن باکتریال باشد و لازم است از نظر نیاز به آنتی بیوتیک یا افزایش دوز کورتون یا سایر عوامل کنترل التهاب مثل هموپرفیوژن یا توسیلیزوماب و ... بررسی شود.

۷۱۱۱. در مورد استفاده از آنتی کوآگولان در بیماران پروفیلاکسی هپارین ۵۰۰۰ واحد هر ۸ ساعت یا ۴۰ میلی گرم انوکسپارین روزانه نیاز دارند ولی اگر شک به PTE یا در مواردی که شدت بیماری در حال افزایش است و خصوصا در صورت وجود D-Dimer بالای ۱۰۰۰ شاید تبدیل به دوز درمانی مفید باشد

۱X. دوز رمدزیویر ۲۰۰ میلیگرم روز اول و سپس ۱۰۰ میلی گرم روزانه تا ۵ روز است که می توان تا ۱۰ روز هم ادامه داد ولی با توجه به کمبود همان ۵ روز کافی است در آنزیم کبدی بالای ۵ برابر و GFR زیر ۳۰ ممنوعیت مصرف دارد.

X. آزیترومایسین و هیدروکسی کلروکین چه هر کدام به تنهایی مصرف شوند و چه در ترکیب با هم هیچ فایده ای ندارد و تمام کلینیکال تریال های دنیا مصرف آنها را رد کرده اند.

XI. دوز فاویپراویر ۸ قرص ۲۰۰ هر ۱۲ ساعت روز اول و سپس ۳ قرص هر ۱۲ ساعت تا روز ۵ است و در آنزیم کبدی و نارسایی کلیه نباید استفاده نمود در ضمن تاثیر ضد ویروسی آن خیلی ثابت نشده است.

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

XIII. اغلب بیماران با پچی گراند گلس تیپیک کووید نیازی به آنتی بیوتیک ندارند مگر در مواردی که بیمار به سرعت در حال بدتر

شدن باشد، یا در بیماری که نیاز به آی سی یو پیدا می کند و یا یک ضایعه لوبار با ایر برونکوگرام (Air bronchogram) داشته باشد، سفالوسپورین یا تازوسین مفید است و در صورت شک به استافیلوکوک مقاوم وانکومایسین یا لینزولید یا تیکوپلانین اضافه کنید.



بیماری

تاریخ : ۱۳۹۹/۰۵/۲۵.....

شماره : ۵/۳/۳۱۶۸.....

پیوست: ندارد.....

## معاونت آموزشی

XIV. اغلب علت مرگ بیماران با بیماری زمینه ای مثل قلبی یا کلیوی یا دیابت بدتر شدن بیماری زمینه ای آنها است پس به جای تغییر مرتب داروی ضد ویروس، کنترل بیماری زمینه ای خصوصا کنترل قند خون بیمار را با دقت دنبال کنید.

XV. در بیماران جهت مسکن و تب بر از استامینوفن استفاده شود ولی در صورت اضطرار از ناپروکسن نیز می توان استفاده نمود.

XVI. در بعضی مقالات گفته شده **PPI** ها در بروز شدت بیماری تاثیر داشته اند پس شاید بهتر باشد در صورت نیاز از فاموتیدین استفاده گردد.

XVII. در بیماران با دهیدراتاسیون و بی اشتهایی می توان از محلولهای کریستالوئیدی استفاده نمود، که در این صورت لازم است به شدت مراقب **Over Load** مایع بود.

XVIII. جهت تهوع و استفراغ شدید از دیمن هیدرینات یا پرومتازین استفاده شود.

XIX. در بیماران بد حال شاید آزمایش روزانه کمک کند ولی در بیماران **stable** سه بار در هفته کافی است و بی جهت آزمایش روزانه درخواست نشود.

XX. جهت کاهش سرفه بیمار توصیه می شود از قرص بروم هگزین یا دکسترومتورفان یا دیفن هیدرامین یا کپسول گاباپنتین استفاده شود.

XXI. در بیمارانی که دوز درمانی آنتی کواگولان تجویز می شود، می بایست بسیار مواظب عواقب خونریزی بود. متاسفانه در بعضی از بیماران این اتفاق می تواند منجر به مرگ بیمار شود.

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

XXIII. آنتی کواگولانت پروفیلاکسی در منزل به صورت ریواروکسابان **۱۰mg/day** تا ۳۹-۳۱ روز در موارد زیر توصیه می گردد:

- **Modified IMPROVED VTE score  $\geq 4$**
- **Modified IMPROVE VTE score  $\geq 2$  + D-Dimer  $> 2$  ULN**
- **Age  $\geq 75$  Y/O**
- **Age  $> 60$  Y/O + D-Dimer  $> 2$  ULN**
- **Age 40-60 Y/O + D-Dimer  $> 2$  ULN + previous VTE or Cancer**

  
دکتر محمدرضا صبری  
معاون آموزشی

آدرس: اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، معاونت آموزشی

تلفن: ۰۳۱-۳۷۹۲۸۰۰۰ - ۳۷۹۲۸۰۰۸

نمابر: ۰۳۱-۳۶۶۸۲۰۰۶

صندوق پستی ۱۴۹

کدپستی: ۸۱۷۴۶-۷۳۴۶۱

email:education@mui.ac.ir

website:www.edu.mui.ac.ir