



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

باسمه تعالی

شماره: ۱۴۰۰/۱۰۰/۷۰/۵۷۴۲

تاریخ: ۱۴۰۰/۰۷/۱۹

ریاست محترم نظام پزشکی ...

با سلام

احتراما به پیوست نامه شماره ۱۰۰/۷۲۶ مورخ ۱۴۰۰/۵/۲۴ ریاست محترم شورای عالی بیمه سلامت کشور در خصوص پوشش بیمه ای داروی توسیلیزومب جهت درمان بیماری کووید -۱۹ جهت بهره برداری ایفاد می گردد.

دکتر علی سالاریان
معاون فنی و نظارت

رونوشت:

جناب آقای دکتر انیسیان مدیرکل دفتر برنامه ریزی اقتصاد سلامت - جهت استحضار
جناب آقای دکتر لاری پور مشاور رئیس کل و مدیرکل روابط عمومی و امور بین الملل - جهت استحضار و اطلاع رسانی از طریق سایت سازمان



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

راهنمای مدیریت درمان بیماران کووید-۱۹

کمیته علمی کرونا، معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

(نسخه ۱-۱۰ خرداد ۱۴۰۰)

باسمه تعالی

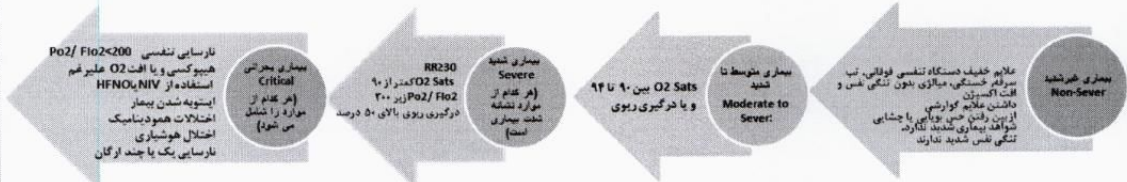
این مجموعه، چکیده‌ی اقدامات درمانی در مدیریت بیماران کوید-۱۹ به صورت ویرایش دهم می باشد. این مجموعه به صورت خلاصه اقدامات بیان شده تا به صورت عملی تر در مراکز درمانی قابل دسترس می باشد. ویرایشهای بعدی بر اساس مطالعات داخلی و خارجی قابل تغییر خواهد بود و بروز رسانی می شود. سایر راهنما های کووید از جمله تشخیص، بارداری، سالمندان، کودکان، سلامت روان و رصدخانه اجتماعی و طب ایرانی و نیز respiratory care به زودی در دسترس خواهد گرفت.



راهنمای مدیریت درمان بیماران کووید-۱۹

(ویرایش و هم‌نویس خرداد ۱۴۰۰)

کمیته علمی کرونا، معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



بررسی های ضروری بیماران کاندید بستری بیمارستانی
(Moderate-Severe: بیماران متوسط تا شدید، Critical/Severe: بیماران بحرانی و شدید)

ECG	توجه به لیسومیست، BS CBCdiff, CRP,AST,ALT, ALP, Bun/Cr	گرافی ریه و ترجیحاً سی تی اسکن ریه (با دوز پایین)
-----	--	---

ارزیابی اولیه در موارد غیر شدید

آزمایش خاصی نیاز ندارد	سواب بینی اخلقی و تست PCR	معاینه دقیق تب و میزبان	تشایع آکسیژن
------------------------	---------------------------	-------------------------	--------------

بیماران ریسک بالا: بلافاصله بعد از تشخیص به موقع درمان های آنتی ویروال و بافند التهاب و در صورت لزوم ضد انعقاد شروع گردد و روزانه شرایط و روند بیماری تا بهبودی پیگیری شود.

پایه ۳۰ BMI >	بیماری مزمن کلیه و ریوی	آمنی سیگنل سل	بیماری مزمن کلیه و ریوی	چاقی	مصرف داروهای ایمنوساپرسیو	سن بالای ۶۰	بیماری قلبی	دیتت
---------------	-------------------------	---------------	-------------------------	------	---------------------------	-------------	-------------	------

درمان بستری

کورتیکواستروئید: درمان پذیرفته شده در تمام کاندیدان تا در بیماران بستری هیپوکسیک با دوز دکزامتازون ۸ mg روزانه معادل ۲۰۰ mg هیدروکورتیزون یا ۴۰ mg متیل پردنیزولون / ۵۰ mg پردنیزولون خوراکی

Remdesivir: در بیماران درگیری ریوی و هیپوکسیک (باز به مصرف آکسیژن تکمیل) در اولین فرصت توصیه می‌گردد. در بیماری که نتیجه می‌شوند توصیه نشده است.

پروفاکسی VTE: در زمان بستری آنتی‌ترومبوتیک پروفاکسی به صورت LMWH یکبار در روز یا هپارین 50000 دو بار تا سه بار در روز توصیه می‌شود.

کوتنون استنشاقی: در برخی موارد بیماری‌های تنفسی یا سرفه شدید کوتنون استنشاقی به غرض صورت نبولایزر پیشنهاد می‌شود.

پلاسمای بیماران بهبود یافته: با توجه به عدم تاثیر مثبت شده در بهبودی بیمار، صرفاً در قالب کارآزمایی بالینی تجویز گردد.

درمان دارویی بیماران سرپایی:

- در فاز غیر شدید درمان خ جز درمان علامتی توصیه نمی‌شود.
- توجه و پیگیری در بیماران با ریسک بالا
- کدام مصرف داروهای کنترل دلبیت در فرد دلبسته کنترل فشار خون در افراد با فشار خون بالا مصرف سایر داروهای بیماری‌ها رهنه ای.
- توجه به اندازه گیری دقیق تب فشارخون و قند خون

اقدامات پیشنهاده:

- NSAIDs با جهت تب یا درد
- درمان ضد سرفه

اقدامات موردی بر اساس شرایط:

- هیدروکسی کلروکین
- کورتیکواستروئید
- فایبرینولیتیک
- اسپرترون
- ایبومکین

مواردی که تجویز نشود:

- آنتی‌بیوتیک
- دکسی‌سیتین
- اسپرترون
- ایبومکین
- پروکولودین

درمان فاز سیتوکینی (Cytokine Release)

کورتیکواستروئید: درمان با دوز بالاتر از معمول پیشنهاد می‌گردد. در برخی مطالعات درمان ۲ تا ۵۰۰ روزگی با دوز ۱۰۰۰ mg تا ۱۰۰۰۰ mg در فاز تنفسی هیپوکسیک - افزایش مارکرهای التهابی پیشنهاد می‌شود. تا ۲۰۰۰ mg تا ۱۰۰۰۰ mg در فاز تنفسی هیپوکسیک - افزایش مارکرهای التهابی پیشنهاد می‌شود. تا ۲۰۰۰ mg تا ۱۰۰۰۰ mg در فاز تنفسی هیپوکسیک - افزایش مارکرهای التهابی پیشنهاد می‌شود.

Tocilizumab: در زمان همراه با دوز پایین کورتیکواستروئید پیشنهاد می‌شود و در زمان همراه با دوز پایین کورتیکواستروئید پیشنهاد می‌شود. در شرایط بهتر شدن هیپوکسی (باز به آکسیژن تکمیل) یا افزایش CRP همراه هیپوکسی تریق می‌شود. حداکثر دوز ۸mg/kg. کنتراست با کلسیم و سولفورامب DTC زیر ۵۰۰ مگراکت به منظور فعال باکتریال و پارتن ANC زیر ۵۰۰ تک به استناد با بار شدن احدا کوازی استفاده از تکمیل داروهای ضد التهابی در این فاز تنها در قالب مطالعه بالینی صورت می‌گیرد.

گلوبولین و پلاسما: تا زمانیکه مستندات علمی کافی تهیه نگردد، توصیه نمی‌شود.

IVIg: تا زمانیکه مستندات علمی کافی تهیه نگردد، توصیه نمی‌شود.

در صورت بروز هر کدام از موارد زیر بلافاصله به بیمارستان های منتخب کرونا اهرام یا ارجاع داده شود.

- شروع علامه پنجمی یا هیپوکسی
- احساس کجی یا افت هوشیاری
- حلق خونی
- اختلال همودینامیک

تکمی معنی به بیمار و نشانه های هشدار:

- تب مداوم (بالای ۳ روز) و در کفایت تب
- علامه تنگی نفس تشدید می‌شود (علامه هیپوکسی)

شرایط ترخیص:

- بهبود شدن حال عمومی
- تقریباً SFT آکسیژن بدون دسترس تنفسی
- اصلاح هیپوکسی با آکسیژن
- قطع تب حداقل ۷۲ ساعت

مراقبت بعد از ترخیص:

- آنتی‌ترومبوتیک در موارد بیماران هیپوکسیک و چین حرکت و نیز ریسک لاکتوهای زمینه ای توصیه میشود مصرف معمول آنتی‌ترومبوتیک در همه بیماران و نیز تجویز آنتی‌بیوتیک توصیه نمی‌گردد.
- آنتی‌بیوتیکها با احتیاط به صورت معمول داده نشود فقط بر اساس تشخیص و مشاوره ویزیت فوق ریه و با تشکیل تیم تخصصی سه نوبه و بر اساس بیماری زمینه ای تجویز گردد.

موتوریسک Moderate-Severe:

- بررسی علامه التهابی (بی‌آزای) کاهش آنتی‌جسم فعال شدن تب یا برگشت تب تحت SFT به صورت مداوم در سیر بستری)
- توجه به برآزی آزادی و تاقی آزادی ناگهانی بدون توجه افزایش مارکرهای التهابی CRP
- کاهش لیسومیست
- دی‌نایمر و لپتین



تقسیم بندی بیماری بر اساس شدت و مرحله بیماری

موارد غیرشدید: (disease severe Non)

- ✓ علایم خفیف دستگاه تنفسی فوقانی، تب
- ✓ سرفه، خستگی، میالژی بدون تنگی نفس و افت اکسیژن
- ✓ داشتن علایم گوارشی
- ✓ از بین رفتن حس بویایی یا چشایی
- ✓ شواهد بیماری شدید ندارد، تنگی نفس شدید ندارند

موارد Moderate to Sever:

$90 < O_2 Sat < 94$ و یا درگیری ریه کمتر از 50%

موارد (severe) شدید بیماری (هر کدام از موارد نشانه شدت بیماری است)

- ✓ $RR \geq 30$
- ✓ $O_2 Sat < 90$
- ✓ P_{CO_2} / F_{IO_2} زیر ۳۰۰
- ✓ نیازمند استفاده از NIV یا HFNO^۱

تعریف بیماری Critical (هر کدام از موارد زیر را شامل می شود):

- ✓ نارسایی تنفسی $P_{O_2} / F_{IO_2} < 200$
- ✓ هیپوکسی و یا افت O_2 علیرغم استفاده از NIV یا HFNO
- ✓ اینتوبه شدن بیمار
- ✓ اختلالات همودینامیک
- ✓ اختلال هوشیاری
- ✓ نارسایی یک یا چند ارگان

بیماران ریسک بالا:

- ✓ دیابت، بیماری قلبی، سن بالای ۶۰، مصرف داروهای ایمنوساپرسیو، چاقی ($BMI > 30$), بیماری مزمن کلیه و ریوی، آنمی سیکل سل، پیوند اعضا
- ✓ اهمیت: بهتر است بلافاصله بعد از تشخیص به موقع درمان های آنتی ویرال و یا ضد التهاب و در صورت لزوم ضد انعقاد شروع گردد و روزانه شرایط و روند بیماری تا بهبودی پیگیری شود.

اقدامات سرپایی:

ارزیابی اولیه:

- ۱- معاینه دقیق تب و میزان اشباع اکسیژن
- ۲- سواپ بینی /حلقی
- ۳- آزمایش خاصی نیاز ندارد

درمان دارویی:

- ✓ در فاز غیرشدید درمان خاصی جز درمان علامتی توصیه نمیشود ولی در بیماران با ریسک بالا توجه و پیگیری بیشتری نیازمند است.

High Flow Nasal Oxygen^۱

✓ توصیه بر ادامه مصرف داروهای کنترل دیابت در فرد دیابتی، کنترل فشار خون در افراد با فشار خون بالا، مصرف سایر داروهای بیماریهای زمینه ای، توجه به اندازه گیری دقیق تب فشارخون و قند خون در تمام موارد پیشنهاد می شود.
درمان دارویی شامل ۳ دسته می شود:

۱. اقدامات پیشنهادی: NSAID و استامینوفن جهت تب یا میالژی
 ۲. اقدامات موردی بر اساس شرایط: هیدروکسی کلروکین، کورتیکواستروئید، فاپیپیراویر و اینترفرون
 ۳. مواردی که تجویز نشود: آزیترومایسین، داکسی سیکلین، لویی ناویر/ ریتوناویر، لوپلوکسازین
- داروهای زیر مستندات قطعی اثربخشی جهت درمان کوید ۱۹ را ندارد و بنابر صلاحدید پزشک و با رعایت تداخلات دارویی و در نظر گرفتن عوارض جانبی داده شود:
پیشنهاد میشود اطلاعات بیمار و داروهای دریافتی در سامانه دانشگاه ثبت گردد تا امکان ارزیابی تاثیر دارو به صورت کشوری فراهم شود.

هیدروکسی کلروکین:

هنوز اثری بر مورتالیتی یا بستری بیمارستان یادگیری ریوی ثابت نشده است. در صورت ضرورت به عنوان ضد ویروس/ضد التهاب صرفا در شروع بیماری با لحاظ بیماری زمینه ای و توجه به آریتمی داده شود.

Favipiravir:

- ✓ هنوز اثری بر مورتالیتی یا بستری بیمارستان یادگیری ریوی ثابت نشده است. در صورت ضرورت به عنوان داروی اتی ویرال با لحاظ بیماری زمینه ای داده شود.
- ✓ در بارداری توصیه نمی شود و در خانمهای سنین باروری جهت تراژوئیسته آگاهی داده شود. مراقب تداخلات دارویی باشیم ترجیحا در روزهای اول بیماری (فاز ویرمی) داده شود.
- ✓ در افراد نارسایی کبد و کلیه و اسیداوریک بالا داده نشود

ایورمکتین:

نیاز به مطالعات بیشتر است.

ویتامین ها:

ویتامین C، ویتامین D، Zinc و سلنیوم اثر ثابت شده ای ندارد

کلشیسین:

نیاز به مطالعات بیشتر است.

اینترفرون بتا ۱a:

به صورت زیرجلدی یک روز در میان ۳ تا ۵ دوز - اثر ثابت شده ای ندارد. فقط در طول یک هفته اول شروع علائم بیماری تجویز شود.

کورتیکواستروئیدها:

به صورت معمول توصیه نمیشود. در برخی بیماریهای مزمن تنفسی (آسم و COPD) بلا مانع است.

ارجاع یا مشاوره:

در صورت بروز هر کدام از عوارض زیر بلافاصله به بیمارستان های منتخب کرونا اعزام یا ارجاع داده شود.

- ✓ شروع علائم پنومونی یا هیپوکسی
- ✓ احساس گیجی یا افت هوشیاری
- ✓ خلط خونی

آگاهی دادن و نشانه های هشدار: (در صورت بروز بلافاصله به مراکز درمانی بیمارستانی مراجعه کنند)

۱- در صورت تب مداوم (بالای ۴ روز) و بازگشت تب

۲- علائم تنگی نفس، تشدید بی اشتهایی، بی قراری شدید (علائم هیپوکسی)

درمان موارد متوسط و شدید (بیمارستانی به صورت بستری موقت و یا بستری دائمی):

بستری موقت:

- ✓ در مواردی که شدت بیماری از نوع متوسط باشد و تمایل به درمان در منزل باشد می توان با تشکیل پرونده بستری موقت با الزامات زیر خدمات درمانی را انجام داد. موارد مهم در هنگام بستری موقت:
- ✓ درحین بستری موقت ویزیت روزانه توسط پزشک الزامی است.
- ✓ اندازه گیری تب و اکسیژن الزامی است.
- ✓ این موارد بیماران با $O_2Sat < 94$ و یا درگیری ریه کمتر از 50%، کاندید تزریق آنتی ویروسی یا کورتیکواستروئید و هیدراتاسیون و بررسی آزمایشگاهی شامل ALT, AST, CRP, BUN/Cr, CBC diff
- ✓ اشباع اکسیژن روزانه بررسی گردد.
- ✓ دقت بر علائم آزمایشگاهی شروع فاز التهابی شدید (افزایش CRP, تب که با مصرف کورتیکواستروئیدها قطع نمی شود، تشدید لنفونیتی)
- ✓ آزمایشات CBC diff و CRP بنا به شرایط روزانه یا یک در میان چک شود.
- ✓ آزمایشات اولیه BUN/Cr, ALT, AST در ابتدای پذیرش چک شود تا دوز داروها Adjust یا قطع گردد و براساس شرایط بالینی می توان در روز های بعد تکرار کرد.
- ✓ دادن آنتی کوآگولان ها براساس شرایط بالینی بیمار
- ✓ در بیماری که هیپوکسی شدید ندارد و فعالیت روزانه محدود نشده است دادن آنتی کوآگولان توصیه نمی گردد.
- ✓ در صورت بدتر شدن حال عمومی، کاهش هوشیاری و افزایش تنگی نفس و افزایش مارکرهای التهابی بیمار بستری دائم گردد.
- ✓ در هنگام پذیرش داشتن گرافی ریه یا CT اسکن ترجیحا با دوز پایین توصیه می شود.
- ✓ به طور روتین تکرار رادیولوژی یا سی تی اسکن در طی درمان یا پایان آن نیاز نیست.
- ✓ بدهی است که تمام مراکز ارایه دهنده خدمات بستری موقت، امکان پاسخگویی و پیگیری به صورت تلفنی و یا حضوری را فراهم نمایند.

بیماران کاندید بستری دائم:

مواردی که بیمار تمایل به بستری موقت (سرپایی) ندارد و بیماران Severe و Critical کاندید بستری می باشند.

بررسی های ضروری:

۱. سی تی اسکن ریه (با دوز پایین)
۲. آزمایشات (توجه به لنفوسیت) BS, BUN/Cr, ALP, ALT, AST, CRP, CBC diff و در صورت امکان D-dimer, Ferritin, LDH, ALb

در صورت کاهش هوشیاری:

VBG/ABG و بررسی اختلالات الکترولیتی و متابولیسمی در صورت نیاز تصویربرداری مغز و اقدامات تشخیصی دیگر صورت گیرد.

درمان بستری

کورتیکواستروئیدها:

- ✓ درمان پذیرفته شده در تمام گاید لاین ها در بیماران بستری هیپوکسیک با دوز دکزامتازون-8mg روزانه معادل 200mg هیدروکورتیزون یا 40mg متیل پردنیزولون، 50mg پردنیزولون خوراکی
- ✓ دوره درمان: بنا به دوره بستری، شرایط التهابی و هیپوکسی و مقدار درگیری ریوی متغیر است.
- ✓ در دادن کورتیکواستروئیدها به بیماری زمینه ای، دیابت، فشار خون و بیماری قلبی ریوی توجه شود.
- ✓ قابل ذکر است دادن کورتیکواستروئیدها با دوز بالا در افراد مسن ریسک مرگ و میر و خطر عفونت میکروبیال و قارچی را بالا میبرد، تعدیل دوز در این افراد توصیه میشود.

Remdesivir:

- ✓ در بیماران درگیری ریوی و هیپوکسیک (نیاز به مصرف اکسیژن مکمل) در اولین فرصت توصیه می گردد.
- ✓ قابل ذکر است ریسک برادری کاردی و هیپرگلیسمی و تهوع و استفراغ در رژیم طولانی تر بیشتر دیده می شود.

پروقیلاکسی VTE:

- ✓ دادن آنتی کوآگولان درمانی صرفاً براساس سطح D-Dimer تصمیم گیری نمی شود.
- ✓ در زمان بستری آنتی کوآگولان پروقیلاکسی به صورت LMWH یکبار در روز یا هپارین 5000U دو بار تا سه بار در روز توصیه می شود.
- ✓ در هنگام بستری ICU میتوان از dose intermediate استفاده کرد ولی توصیه روتین به مصرف دوز درمانی نیست.
- ✓ در صورت شک بالینی قوی به DVT و آمبولی ریه ضمن انجام اقداماتی جهت اثبات مورد فوق، دوز درمانی ضد انعقاد توصیه می گردد.

کورتون استنشاقی:

در برخی موارد بیماریهای تنفسی یا سرفه شدید کورتون استنشاقی به صورت نبولایزر توصیه نمیشود.

پلاسمای بیماران بهبود یافته:

با توجه به عدم تاثیر اثبات شده در بهبودی بیمار، صرفاً در قالب کارآزمایی بالینی تجویز گردد.

درمان فاز سیتوکینی (Cytokine Release)

- ✓ فاز التهابی در کووید ۱۹: پاسخ تشدید شده ایمنی بدن میزبان در مقابله با ویروس کووید ۱۹ که باعث واکنش التهابی شدید می گردد و به صورت مستقیم با آسیب ریوی، درگیری ارگانهای مختلف و پیش آگهی ارتباط دارد. ممکن است بیماری در فاز التهابی شدید (Cytokine Release) مراجعه کند و یا در سیر بستری در بیمارستان به این فاز تبدیل شود. در فاز سیتوکینی (هیپوکسمی + افزایش مارکرهای التهابی) و یا نارسایی ارگانها همراه با بالارفتن بیومارکرهای التهابی رخ میدهد.

Amp heparin 7500 unit/SC/TDS, Amp Enoxaparin 1mg/Kg/SC/Daily*

✓ نکته مهم در درمان فاز التهابی، شناسایی به موقع آن و درمان هر چه سریعتر آن می باشد (براساس برخی مطالعات در ۲۴-۴۸ ساعت ابتدایی)

✓ برای درمان فاز التهابی داروهای تعدیل کننده و تضعیف کننده سیستم ایمنی استفاده می گردد.

کورتیکواستروئیدها:

✓ درمان با دوز بالاتر از معمول پیشنهاد می گردد

✓ در برخی مطالعات درمان ۳ تا ۵ روزه کورتون با متیل پردنیزولون دوز بالا (1-2mg/kg) در فاز التهابی (هیپوکسمی + افزایش مارکر های التهابی) پیشنهاد می شود، بنابر شدت فاز التهابی دوز دوره آن قابل تغییر است. توجه گردد در اکثر مطالعات دادن دوز بالای ۲۵۰ میلی گرم متیل پردنیزولون در افراد مسن باعث افزایش ریسک عفونت و تشدید بیماری های زمینه ای می گردد

Tocilizumab:

✓ درمان Tocilizumab همراه با دوز پایین کورتیکواستروئیدها پیشنهاد می شود و درمان به تنهایی توصیه نشده است. در شرایط بدتر شدن هیپوکسمی (نیاز به اکسیژن مکمل) و یا افزایش CRP همراه هیپوکسمی تزریق می شود (حداکثر دوز 8mg/kg). تزریق تا حداکثر دو دوز (به فاصله ۱۲ تا ۲۴ ساعت) علیرغم بالابودن فاکتورهای التهابی امکانپذیر است. اندازه گیری اینترلوکین ۶ الزامی نیست.

✓ برخی مطالعات در صورت عدم کنترل فاز سیتوکینی با کورتیکواستروئیدهای دوز بالا این دارو تزریق میگردد. تزریق دربارداری بلامانع است.

کنتراندیکاسیونهای توسیلیزوماب: pl_t زیر ۵۰ هزار - شک به عفونت فعال باکتریال وقارچی ANC زیر ۵۰۰ شک به انسداد یا باره شدن احشا گوارشی

❖ استفاده از دیگر داروهای ضدالتهابی در این فاز تنها در قالب مطالعه بالینی صورت پذیرد.

هموپرفیوژن و پلاسما فرز: تا زمانیکه مدارک علمی کافی تایید نگردد، توصیه نمی شود.

IVIG: تا زمانیکه مدارک علمی کافی تایید نگردد، توصیه نمی شود.

موارد زیر در طی بستری توصیه نمیشود:

1- Favipiravir

۲- هیدروکسی کلروکین

۳- آنتی بیوتیک ها بدون شواهدی از عفونت باکتریال

۴- تکرار سی تی اسکن ریه بدون شواهدی از بدتر شدن بیمار

مونیتورینگ در طی بستری:

۱- بررسی علائم التهابی (بی قراری، کاهش اشتها، عدم قطع شدن تب یا برگشت تب، افت Sat و سطح هوشیاری به صورت مداوم در سیر بستری)

۲- توجه به برادی کاردی و تاکی کاردی ناگهانی بدون توجیه

۳- افزایش مارکرهای التهابی به طور خاص CRP و لنفوپنی و در صورت لزوم سایر مارکرها (Ferritin و D- Dimer)

شرایط ترخیص

۱- بهتر شدن حال عمومی و افزایش Sat اکسیژن بدون دیسترس تنفسی

۲- قطع تب حداقل ۷۲ ساعت

۳- توجه به آزمایشات بیمار مثل کاهش CRP, ESR و افزایش درصد لنفوسیت می تواند کمک کننده باشد

مراقبت بعد از ترخیص

- ۱- در صورت مصرف کورتیکواستروئیدها در طی بستری در موقع ترخیص نیاز به پردنیزولون خوراکی برای تکمیل دوره درمانی براساس تجویز پزشک وجود دارد.
- ۲- آنتی کوآگولانها در موارد بیمار هیپوکسیک و بدون حرکت وبا توجه به ریسک فاکتورهای زمینه ای توصیه میشود.
- ۳- آنتی فیبروتیک صرفا در قالب کارآزمایی بالینی و در مراکز دانشگاهی فوق تخصصی استفاده گردد.
- ۴- بازتوانی ریه و تغذیه مناسب

دستورالعمل اکسیژن درمانی، تغذیه و بازتوانی ریه به زودی منتشر خواهد شد.

منابع جهت مطالعه و تکمیل اطلاعات:

1. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/outpatient-management/>
2. <https://covid19evidence.net.au/>
3. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1>

