

نکات مهم درمان کوید در بیماران بستری

برداشتی از اپتودیت آنلاین ابان 402

تابلوی 1. اندیکاتورهای ارمايشگاهی کوید شدید

تروپونین بیش از 2 برابر حد بالای نرمال

سی آر پی مساوی یا بیش از 75 میلی گرم در لیتر

ال دی اج بیش از 245 واحد در لیتر

فریتین بیش از 500 میکروگرم در لیتر

تعداد مطلق لنفوسیت کمتر از 800/میکرولیتر

دی دایمر بیش از 1000 نانوگرم در میلی لیتر

تابلوی 2. عوامل خطر قطعی و محتمل مرتبط با کوید شدید

سن ≥ 65 سال

آسم

سرطان

بیماری عروق مغزی

کودکانی که بیماری زمینه ای خاصی دارند

بیماری مزمن کلیوی

بیماری مزمن ریه (بیماری بینابینی ریه، آمبولی ریوی، فشار خون ریوی، برونشکتازی، COPD

بیماری مزمن کبد (سیروز، بیماری کبد چرب غیر الکلی، بیماری کبد الکلی، هپاتیت خود ایمنی

فیبروز سیستیک

دیابت نوع 1 و نوع 2

معلولیت ها (، ADHD فلج مغزی، ناهنجاری های مادرزادی، محدودیت در مراقبت از خود یا فعالیت های روزمره زندگی،

ناتوانی های فکری و رشدی، ناتوانی های یادگیری، صدمات نخاع)

بیماری های قلبی (مانند نارسایی قلبی، بیماری عروق کرونر یا کاردیومیوپاتی ها)

اختلالات سلامت روان (اختلالات خلقی از جمله افسردگی، اختلالات طیف اسکیزوفرنی و (زوال عقل)

چاقی ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) و اضافه وزن (BMI 25 تا 29)

عدم تحرک بدنی

بارداری یا بارداری اخیر

نقص ایمنی اولیه

سیگار کشیدن (فعال و سابق)

بیماری سلول داسی شکل یا تالاسمی

پیوند عضو یا سلول های بنیادی خون

اختلالات مصرف مواد

سل

ایدز

استفاده از کورتیکواستروئیدها یا سایر داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی

جهت تصویر برداری، رادیوگرافی قفسه سینه پرتابل برای اکثر بیماران مبتلا به کووید بستری شده در بیمارستان کافی است. سی تی قفسه سینه را برای مواردی که ممکن است رویکرد بالینی ما را تغییر دهد، رزرو می کنیم. اکوکاردیوگرام به طور معمول لازم نیست. عفونت باکتریایی ثانویه در اندکی از بیماران مبتلا رخ می دهد و در صورت مشکوک بودن به آن (بر اساس گرافی قفسه سینه یا بدتر شدن ناگهانی وضعیت بیمار)، دو ست کشت خون و رنگ آمیزی گرم و کشت خلط می کنیم. پروکلستینون را می توان برای ارزیابی خطر عفونت باکتریایی ثانویه مطرح کرد. با این حال، از آنجایی که با پیشرفت کووید سطوح بالای آن گزارش شده، ممکن است در مراحل بعدی بیماری برای عفونت باکتریایی کمتر اختصاصی باشد.

در مناطقی که ویروس آنفولانزا در گردش است برای بیماران بستری قطعی یا مشکوک به کووید درمان آنفولانزا هم انجام میشود. پروکلستی تونین پایین ممکن است برای رد پنومونی باکتریایی مفید باشد. برای ترومبوپروفیلاکسی افرادی که به دلیل کووید بستری شده اند، معمولاً ضد انعقاد با دوز درمانی (دوز کامل) ترجیح دارد، اگرچه نیاز به ارزیابی ریسک و فایده دارد. به عنوان داروی تب بر ترجیحی برای کاهش تب در بزرگسالان، از استامینوفن استفاده می کنیم و در صورت نیاز به داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (NSAIDs)، برای به حداقل رساندن عوارض از کمترین دوز مؤثر استفاده می کنیم. اگر دلیلی برای قطع مهارکننده های آنزیم مبدل آنژیوتانسین (ACE) یا مسدودکننده های گیرنده آنژیوتانسین (ARBs)، وجود نداشته باشد (مانند افت فشار خون، آسیب حاد کلیه) بیماران مصرف کننده باید درمان با این داروها را ادامه دهند. ایضا به تداوم مصرف استاتین ها در بیماران بستری که از قبل آنها را مصرف می کنند، تاکید می کنیم. همچنین آسپرین را ادامه می دهیم مگر اینکه نگرانی در مورد خطر خونریزی وجود داشته باشد. از طرف دیگر استاتین یا آسپرین را در بیماران مبتلا به کووید که نیازی به آنها ندارند، شروع نمی کنیم.

هر یک از ویژگی های زیر نشان دهنده کوید شدید است:

هیپوکسمی (اشباع اکسیژن ≥ 94 درصد در هوای اتاق) و نیاز به ونتیلاتور. ایضا در برخی از مطالعات علاوه بر هیپوکسمی از ویژگی های دیگری برای مشخص کردن بیماری شدید استفاده کرده اند مانند تاکی پنه، دیسترس تنفسی و درگیری بیش از 50 درصد پارانشیم ریه در تصویربرداری قفسه سینه.

برای افرادی که دارای عوامل خطر زمینه ساز کوید شدید هستند و به دلیلی غیر از کوید در بیمارستان بستری شده اند و کوید تصادفا در آنها کشف شده (یا طی بستری در بیمارستان عفونت را اکتساب کرده اند)، جهت احتمال شروع درمان، همچون کوید سرپایی در بیمار پرخطر، مورد بررسی قرار میگیرند. همچنین در اکثر بیماران بستری در بیمارستان که نیازی به اکسیژن ندارند، رویکرد درمانی بستگی به عوامل خطر بالینی یا آزمایشگاهی پیشرفت بیماری (که در تابلوهای 1 و 2 ذکر شد) و نیز دلایل بستری شدن در بیمارستان دارد.

تجویز رمدسیویر را برای کسانی که بدلیل کوید در بیمارستان بستری شده اند و دارای عوامل خطر برای بیماری شدید هستند پیشنهاد می کنیم. برای بیمارانی که نیازی به اکسیژن ندارند و هیچ فاکتور خطری برای پیشرفت به بیماری شدید ندارند، فقط مراقبت های حمایتی را پیشنهاد می کنیم.

در ایالات متحده، FDA رمدسیویر را برای استفاده در کودکان بالای 12 سال و بزرگسالان مبتلا به کووید بستری شده در بیمارستان، صرف نظر از شدت بیماری، تایید کرده است.

برای اکثر بیمارانی که اکسیژن کم شدت (low flow) مصرف می کنند، هم دگزامتازون و هم رمدسیویر را پیشنهاد می کنیم. با این حال، برای کسانی که به طور ثابت مقدار حداقلی اکسیژن رادیافت می کنند (1 تا 2 لیتر در دقیقه)، منطقی است که دگزامتازون نداده و از رمدسیویر به تنهایی استفاده کنیم، به خصوص اگر ضررهایی در استفاده از گلوکوکورتیکوئیدها وجود داشته باشد یا اگر بیمار دچار نقص ایمنی و یا اوایل بیماری باشد (>10 روز).

برای بیمارانی که از اکسیژن کم جریان (low flow) استفاده می کنند، اما شواهد التهابی بالایی دارند، و علی رغم شروع دگزامتازون، نیاز به اکسیژن فزاینده دارند و در 96 ساعت اول بستری شدن در بیمارستان هستند، پیشنهاد می کنیم باریستینیب یا توسیلیزوماب را به صورت موردی اضافه کنید.

برای بیمارانی که اکسیژن به دوز بالا (high-flow) نیاز داشته یا ونتیلاسیون غیرتهاجمی دارند، دگزامتازون با دوز پایین را توصیه می کنیم. برای کسانی که در 24 تا 48 ساعت اول پذیرش در ICU بوده (یا مراقبتی در سطح ICU دریافت میکنند) و در 96 ساعت اول بستری شدن در بیمارستان هستند، باریستینیب یا توسیلیزوماب را پیشنهاد می کنیم. ایضا رمدسیویر را به ویژه در بیماران دچار نقص ایمنی پیشنهاد می کنیم.

برای بیمارانی که به تهویه مکانیکی یا اکسیژن رسانی غشایی خارج بدنی (ECMO) نیاز دارند، دگزامتازون با دوز پایین را توصیه می کنیم. برای کسانی که 24 تا 48 ساعت اول پذیرش در ICU و 96 ساعت اول بستری شدن در بیمارستان هستند، توسیلیزوماب یا باریستینیب را پیشنهاد می کنیم. اگر باریستینیب در دسترس نباشد، توفاسیتینیب ممکن است جایگزین معقولی باشد.

اگر دگزامتازون در دسترس نباشد، منطقی است که از سایر گلوکوکورتیکوئیدها در دوزهای معادل (روزانه 150 میلی گرم هیدروکورتیزون، 32 میلی گرم متیل پردنیزولون یا 40 میلی گرم پردنیزون) استفاده کنید.

باریسیتینیب در بیماران مبتلا به کووید با لنفوپنی (تعداد مطلق لنفوسیت کمتر از 200 سلول در میکرولیتر) یا نوتروپنی (تعداد مطلق نوتروفیل کمتر از 500 سلول در میکرولیتر) توصیه نمی شود.

باید از توسیلیزوماب در افراد مبتلا به حساسیت مفرط به توسیلیزوماب، عفونت های جدی کنترل نشده غیر از کووید، تعداد مطلق نوتروفیل (ANC) <1000 سلول در میکرولیتر، تعداد پلاکت <50000، آلانین آمینوترانسفراز > 10 برابر بالاتر از حد طبیعی و افزایش خطر پارگی دستگاه گوارش اجتناب شود. باید در افراد دارای نقص ایمنی با احتیاط استفاده شود. گایدلاین بریتانیا توسیلیزوماب را به عنوان مکمل دگزامتازون در بیماران مبتلا به کووید شدید ی که هیپوکسمی دارند (اشباع اکسیژن مکررا کمتر از 92 درصد در هوای اتاق) ویا دریافت کننده اکسیژن مکمل و $CRP \geq 75$ میلی گرم در لیتر دارند و همچنین بیمارانی که از 24 ساعت قبل تحت حمایت تنفسی هستند (اکسیژن با جریان بالا، تهویه غیرتهاجمی، یا تهویه مکانیکی تهاجمی) توصیه می کند.

دکتر علی اکبر جلیلی
متخصص داخلی، عفونی و داخلی
درستگاه تخصصی و تحقیقاتی
۳۳۶۵۶ ۱۴۰۲