

# I-RECOVER | ਪੋਸਟ ਕੋਵਿਡ -19 ਸਿੰਡਰੋਮ ਲਈ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ (LHCS)

ਹੇਠਾਂ ਦੱਸੀ ਗਈ ਪਹੁੰਚ ਡਾ. ਮੇਬੀਨ ਸੀਦ ("ਡਾ. ਬੀਨ"), ਡਾ. ਰਾਮ ਯੋਗੇਂਦਰ, ਡਾ. ਬਰੂਸ ਪੈਟਰਸਨ, ਡਾ. ਟੀਨਾ ਪੀਅਰਜ਼, ਅਤੇ FLCCC ਅਲਾਇੰਸ ਦੇ ਸਹਿਯੋਗ 'ਤੇ ਅਧਾਰਿਤ ਇੱਕ ਰਾਜਮੰਦੀ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਹੈ। ਲੱਗ ਹੋਲ COVID-19 ਸਿੰਡਰੋਮ ਦੀਆਂ ਕਲੀਨਿਕਲ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਅਜ਼ਮਾਇਸ਼ਾਂ ਦੀ ਘਾਟ ਦੇ ਮੱਦੇਨਜ਼ਰ, ਇਹ ਸਿਫਾਰਸ਼ਾਂ COVID-19 ਅਤੇ ਵਾਇਰਲ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੀਆਂ ਹੋਰਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਪਹੁੰਚਾਂ ਡੂੰਘੀ ਅਤੇ ਨਿਰੰਤਰ ਕਲੀਨਿਕ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਨਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਸਾਡੇ ਸਮੂਹਿਕ ਤਜਰਬੇ ਨਾਲ ਪੈਥੋਫਿਜ਼ੀਓਲੋਜੀਕ ਵਿਧੀਆਂ 'ਤੇ ਅਧਾਰਤ ਹਨ।

ਇਸ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਇਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸਫਲਤਾ ਨਾਲ ਪੋਸਟ-ਵੈਕਸੀਨ ਸੋਜਸ਼ ਸਿੰਡਰੋਮਜ਼ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਵੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਾਰੇ FLCCC ਅਲਾਇੰਸ-ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਦੇ ਨਾਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਹੋਰ ਕਲੀਨਿਕਲ ਡੇਟਾ ਜੁੜਦੇ-ਜੁੜਦੇ ਕੰਪੈਨੈਂਟਸ, ਖੁਰਾਕਾਂ ਅਤੇ ਅਵਧੀਆਂ ਵਿਕਸਿਤ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਵਿਕਲਪਿਕ ਇਲਾਜਾਂ ਬਾਰੇ ਨਵੀਨਤਮ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਇੱਥੇ ਦੇਖੋ [flccc.net/flccc-protocols-a-guide-to-the-management-of-covid-19](http://flccc.net/flccc-protocols-a-guide-to-the-management-of-covid-19) ( LHCS ਭਾਗ ਦੇਖੋ)।

## ਲੱਗ ਹੋਲ COVID-19 ਸਿੰਡਰੋਮ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਥੈਰੇਪੀ:

### ਆਈਵਰਮੇਕਟਿਨ

0.2-0.4 ਮਿ.ਗ੍ਰ./ਕਿ.ਗ੍ਰ. ਦੀ ਖੁਰਾਕ - 3-5 ਦਿਨਾਂ ਲਈ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਇੱਕ ਵਾਰ ਭੋਜਨ ਨਾਲ\* (ਅਨੋਸਮੀਆ ਵਿੱਚ ਕਈ ਵਾਰ ਵਧੇਰੇ ਖੁਰਾਕਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ)

- \* ਜੇਕਰ ਮਤਲੀ/ਦਸਤ/ਐਨੋਰੈਕਸੀਆ ਦੇ ਨਾਲ ਦਿੱਤੀ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਖਾਲੀ ਪੇਟ ਲਓ।

3-5 ਦਿਨਾਂ ਬਾਅਦ, ਲੱਛਣ ਮੁੜ-ਆਉਣ /ਜਿਆਦਾ ਵਧਣ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਜਾਂ ਦੋ ਵਾਰ ਬਦਲੋ।

ਜੇ ਸਾਰੇ ਲੱਛਣ ਦਰੁਸਤ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦੇ ਤਾਂ 2-4 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਬਾਅਦ ਬੰਦ ਕਰੋ।

ਪਰਸਪਰ ਅੰਤਰਵਿਰੋਧ

- ਵਾਰਫਰੀਨ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਅਤੇ ਖੁਰਾਕ ਦੇ ਬੰਦੋਬਸਤ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
- ਗਰਭਵਤੀ ਜਾਂ ਦੁੱਧ ਚੁੰਘਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਗੰਭੀਰ ਜੋਖਮ/ਲਾਭ ਮੁਲਾਂਕਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

## ਜੇ ਸਾਰੇ ਲੱਛਣ ਆਈਵਰਮੇਕਟਿਨ (IVERMECTIN) ਨਾਲ ਹੱਲ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ:

### ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰੋਇਡ ਥੈਰੇਪੀ

ਪ੍ਰੈਡਨੀਸੋਨ ਦੀ ਇੱਕ ਟੇਪਰਿੰਗ ਖੁਰਾਕ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ:

1. 0.5 ਮਿ.ਗ੍ਰ./ਕਿ.ਗ੍ਰ. 5 ਦਿਨਾਂ ਲਈ ਰੋਜ਼ਾਨਾ
2. 0.25 ਮਿ.ਗ੍ਰ./ਕਿ.ਗ੍ਰ. 5 ਦਿਨਾਂ ਲਈ ਰੋਜ਼ਾਨਾ
3. 0.12 ਮਿ.ਗ੍ਰ./ਕਿ.ਗ੍ਰ. 5 ਦਿਨਾਂ ਲਈ ਰੋਜ਼ਾਨਾ

ਨੀਂਦ ਦੇ ਅਸਰ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰਨ ਲਈ ਸਵੇਰੇ-ਸਵੇਰੇ ਲਓ।

ਮਾੜੇ ਅਸਰਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ: ਭੁੱਖ ਵਧਣਾ, ਮੂਡ ਬਦਲਣਾ, ਇਨਸੋਮਨੀਆ (ਅਨੀਂਦਰਾ ਰੋਗ), ਖਨ ਵਿੱਚ ਗਲਕੋਜ਼ ਦਾ ਵਧਿਆ ਪੱਧਰ, ਰਾਜਮੇ ਵਿੱਚ ਕਮੀ।

## ਸਾਰੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਵਰਤੋਂ ਲਈ:

### ਮੈਕੋਫੇਜ਼/ ਮੋਨੋਸਾਈਟ ਰੀਪੋਲਰਾਈਜੇਸ਼ਨ ਥੈਰੇਪੀ

- ਵਿਟਾਮਿਨ C — 500 ਮਿਗ੍ਰਾ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਵਾਰ
- ਓਮੇਗਾ-3 ਫੈਟੀ ਐਸਿਡ — 4 ਗ੍ਰਾਮ/ਰੋਜ਼ਾਨਾ (ਵਸੀਸਪਾ, ਲੇਵਾਜ਼ਾ, ਜਾਂ DHA/EPA)
- ਐਂਟੋਰਵਾਸਟੇਟਿਨ — 40 ਮਿਲੀਗ੍ਰਾਮ ਰੋਜ਼ਾਨਾ
- ਮੇਲਾਟੋਨਿਨ — ਰਾਤ ਨੂੰ 2-10 ਮਿਲੀਗ੍ਰਾਮ, ਘੱਟ ਖੁਰਾਕ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ, ਨੀਂਦ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਦੀ ਅਣਹੋਂਦ ਵਿੱਚ ਸਹਿਣਸ਼ੀਲਤਾ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਵਧਾਓ।

**ਵਾਧੂ ਪੁਰਕ**

- ਵਿਟਾਮਿਨ D3 — 2,000-4,000 IU ਰੋਜ਼ਾਨਾ

DHA ਡੋਕੋਸਾਹੇਕਸੈਨੋਇਕ ਐਸਿਡ IU ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਇਕਾਈਆਂ  
EPA ਈਕੋਸੈਪੈਂਟੋਨੋਇਕ ਐਸਿਡ mg/kg ਪ੍ਰਤੀ ਕਿਲੋਗ੍ਰਾਮ ਸਰੀਰ ਦੇ ਭਾਰ ਮੁਤਾਬਕ ਖੁਰਾਕ

## ਜੇ ਨਿਊਰੋਲੋਜੀਕ ਲੱਛਣਾਂ ਨਾਲ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੀ, ਅਰਥਾਤ ਮਾੜੀ ਇਕਾਗਰਤਾ, ਭੁੱਲਣਾ, ਮੂਡ ਵਿੱਚ ਗੁਣਬੜ:

### ਫਲੂਵੈਕਸਾਮਾਈਨ

50 ਮਿ.ਗ੍ਰ. - 15 ਦਿਨਾਂ ਲਈ ਹਰ ਰੋਜ਼ ਦੇ ਵਾਰ।

ਜੇ ਮਾੜੇ ਅਸਰ ਵਿਕਸਿਤ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਖੁਰਾਕ ਘਟਾਓ ਜਾਂ ਬੰਦ ਕਰੋ। ਰੋਜ਼ਾਨਾ 9 ਮਿਲੀਗ੍ਰਾਮ ਤੋਂ ਘੱਟ ਖੁਰਾਕਾਂ ਨਾਲ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ੀਲਤਾ ਦੇਖੀ ਗਈ ਹੈ।

ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰੋ ਕਿਉਂਕਿ ਕੁਝ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਅੰਦਰ ਮਾੜੀ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਦਿਖ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਕੁਝ ਵਿਅਕਤੀ ਗੰਭੀਰ ਚਿੰਤਾ ਦਾ ਅਨੁਭਵ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ; ਖੁਦਕੁਸ਼ੀ ਜਾਂ ਹਿੰਸਕ ਵਤੀਰੇ ਪ੍ਰਤੀ ਦੁਰਲੱਭ ਵਾਧੇ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਲਈ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰੋ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਕਰੋ।

## ਜੇ ਲੱਛਣ ਹਾਲੇ ਵੀ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ ਜਾਂ ਆਈਵਰਮੇਕਟਿਨ ਅਤੇ ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰੋਇਡ ਥੈਰੇਪੀ ਦੇ ਬਾਅਦ ਦੁਬਾਰਾ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ:

### ਸੰਦੇਹ ਭਰਪੂਰ ਮਾਸਟ ਸੈੱਲ ਦੀ ਸਰਗਰਮੀ ਦਾ ਇਲਾਜ

ਮਾਸਟ ਸੈੱਲ ਸਟੈਬੀਲਾਈਜ਼ਰ ਦੇ ਨਾਲ ਟਾਈਪ I ਅਤੇ ਟਾਈਪ II ਐਂਟੀਹਿਸਟਾਮਾਈਨ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰੋ - ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ, ਲੋਰਾਟਾਡੀਨ, ਫੈਮੋਟਾਈਡਾਈਨ ਅਤੇ ਰੁਪਾਟਾਡੀਨ। ਮਾੜਾ ਗੁੰਗਾਰਾ ਮਿਲਣ 'ਤੇ ਦਵਾਈਆਂ ਬਦਲੋ। ਯੂਨਾਈਟਿਡ ਸਟੇਟ FDA ਦੁਆਰਾ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀਆਂ ਬਹੁਤ ਸਾਰੀਆਂ ਖੁਰਾਕਾਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਇੱਕ ਵਾਰ ਲੈਣ ਲਈ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਪਰ ਮਾੜੀ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਜਾਂ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਮਿਲਣ 'ਤੇ ਸਾਵਧਾਨੀ ਅਤੇ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਨਾਲ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਤਿੰਨ ਵਾਰ ਇਹਨਾਂ ਦਾ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

**ਪਹਿਲੀ ਕਤਾਰ ਦੀ ਥੈਰੇਪੀ**

- ਘੱਟ ਹਿਸਟਾਮਾਈਨ ਖੁਰਾਕ
- ਟਾਈਪ I ਐਂਟੀਹਿਸਟਾਮਿਨਜ਼: ਲੋਰਾਟਾਡੀਨ 10 ਮਿਲੀਗ੍ਰਾਮ, ਜਾਂ ਸੇਟੀਰੀਜਾਈਨ 10 ਮਿਲੀਗ੍ਰਾਮ, ਜਾਂ ਫੇਕਸੋਫੇਨਾਡੀਨ 180 ਮਿਲੀਗ੍ਰਾਮ - ਬਰਦਾਸ਼ਤ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਹਰ ਰੋਜ਼ ਤਿੰਨ ਵਾਰ।
- ਟਾਈਪ II ਐਂਟੀਹਿਸਟਾਮਿਨਜ਼: ਫੈਮੋਟਾਈਡਿਨ 20 ਮਿਲੀਗ੍ਰਾਮ, ਜਾਂ ਨਿਨਟਾਈਡਿਨ 150 ਮਿਲੀਗ੍ਰਾਮ - ਬਰਦਾਸ਼ਤ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਅਨੁਸਾਰ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੋ ਵਾਰ।
- ਮਾਸਟ ਸੈੱਲ ਸਟੈਬਲਾਈਜ਼ਰ:
  - ਰੁਪਾਟਾਡੀਨ 10 ਮਿਲੀਗ੍ਰਾਮ - ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਇੱਕ ਵਾਰ, ਜਾਂ ਕੇਟੋਟੀਫਿਨ 1 ਮਿਲੀਗ੍ਰਾਮ - ਰਾਤ ਨੂੰ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਇੱਕ ਵਾਰ (ਬਰਦਾਸ਼ਤ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਵਧਾਓ)।
  - ਇਹ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ: ਸੋਡੀਅਮ ਕ੍ਰੋਮੋਗਲਾਈਕੋਟ 200 ਮਿਲੀਗ੍ਰਾਮ - ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਤਿੰਨ ਵਾਰ (ਹੌਲੀ ਹੌਲੀ ਵਧਾਓ), ਜਾਂ ਕਵੇਰਸੈਟਿਨ 500 ਮਿਲੀਗ੍ਰਾਮ - ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਤਿੰਨ ਵਾਰ।

**ਦੂਜੀ ਕਤਾਰ ਦੀ ਥੈਰੇਪੀ**

- ਮੌਂਟੇਲੁਕਾਸਟ 10 ਮਿਲੀਗ੍ਰਾਮ (ਕੁਝ ਵੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਉਦਾਸੀ ਤੋਂ ਸਾਵਧਾਨ ਰਹੋ) - ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਇੱਕ ਵਾਰ।
- ਘੱਟ ਖੁਰਾਕ ਨਲਟਰੇਕਜੋਨ (LDN) - ਰੋਜ਼ਾਨਾ 0.5 ਮਿਲੀਗ੍ਰਾਮ ਦੇ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ, ਹਰ ਰੋਜ਼ 4.5 ਮਿਲੀਗ੍ਰਾਮ ਦੇ ਨਾਲ 0.5 ਮਿਲੀਗ੍ਰਾਮ ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ ਵਧਾਓ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਅਫੀਮ ਲੈਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਪਰਹੇਜ਼ ਕਰੋ।
- ਡਾਇਜੀਪਾਮ 0.5-1 ਮਿਲੀਗ੍ਰਾਮ ਰੋਜ਼ਾਨਾ।
- SSRI's.

# I-RECOVER | ਪੋਸਟ ਕੋਵਿਡ -19 ਸਿੰਡਰੋਮ ਲਈ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ (LHCS)

**ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਕੋਵਿਡ-19 ਸਿੰਡਰੋਮ** ("ਪੋਸਟ-COVID-19 ਸਿੰਡਰੋਮ" ਵੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ)

ਅੰਸ਼ ਡਾ. ਪਾਲ ਮਾਰਿਕ ਦੀ (Dr. Paul Marik) "Guide to the Management of COVID-19" ਤੋਂ ਲਏ ਗਏ ਹਨ / FLCCC Alliance  
flccc.net/flccc-protocols-a-guide-to-the-management-of-covid-19

ਲੰਗ ਹੋਲ COVID-19 ਸਿੰਡਰੋਮ (LHCS) ਕਰਕੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਰੇਸ਼ਾਨੀ, ਸਿਰ ਦਰਦ, ਆਮ ਥਕਾਵਟ, ਨੀਂਦ ਸੰਬੰਧੀ ਮੁਸ਼ਕਲਾਂ, ਵਾਲਾਂ ਦੇ ਝੁਲਸਣ, ਗੰਧ ਦੇ ਵਿਕਾਰ, ਭੁੱਖ ਘਟਣਾ, ਦੁਖਦੇ ਜੋੜਾਂ, ਸਾਹ ਦੇ ਕਸਟ, ਛਾਤੀ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਅਤੇ ਬੌਧਿਕ ਵਿਕਾਰ [400-411] ਦੇ ਲੱਛਣ ਪਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। COVID -19 ਤੋਂ ਬਾਅਦ 80% ਮਰੀਜ਼ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਅਨੁਭਵ ਕਰਦੇ ਹਨ। LHCS ਸਿਰਫ COVID-19 ਦੀ ਲਾਗ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੀ ਨਹੀਂ ਦੇਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਬਲਕਿ ਇਹ ਉਨ੍ਹਾਂ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਟੀਕੇ ਲਗਵਾਏ ਗਏ ਹਨ (ਸੰਭਵ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਹ ਟੀਕੇ ਤੋਂ ਸਪਾਈਕ ਪ੍ਰੋਟੀਨ ਦੁਆਰਾ ਮੋਨੋਸਾਈਟ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਕਾਰਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ)। LHCS ਗੰਭੀਰ ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ ਦੇ ਬਾਅਦ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਤੱਕ ਲਗਾਤਾਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਲਗਭਗ ਅੱਧੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਅੰਦਰ ਘਟੀ ਹੋਈ ਜੀਵਨ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਵੇਖੀ ਗਈ ਹੈ। ਮਰੀਜ਼ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਨਿਊਰੋਸਾਈਕੋਲੋਜੀਕਲ ਲੱਛਣਾਂ ਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸੂਝ ਦੇ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਖੇਤਰ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। LHCS ਦੀ ਇੱਕ ਹੈਰਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਖੂਬੀ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਸੁਰੂਆਤੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਗੰਭੀਰਤਾ ਦੁਆਰਾ ਇਸਦੀ ਭਵਿੱਖਬਾਣੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ; ਪੋਸਟ- COVID -19 ਅਕਸਰ ਹਲਕੇ ਤੋਂ ਦਰਮਿਆਨੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਅਤੇ ਛੋਟੇ ਬਾਲਗਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸਾਹ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ ਤੀਬਰ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। [411] ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ LHCS ਦੇ ਲੱਛਣਾਂ ਦਾ ਸਮੂਹ ਦੀਰਘ ਸੇਜ਼ਸ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਸਿੰਡਰੋਮ (CIRS)/ਮਾਈਲਿਜਿਕ ਐਨਸੇਫੇਲੋਮਾਈਲਾਇਟਿਸ/ਦੀਰਘ ਥਕਾਵਟ ਸਿੰਡਰੋਮ ਨਾਲ ਮੇਲ ਖਾਂਦਾ ਹੈ। CIRS ਤੋਂ ਇੱਕ ਖਾਸ ਵੱਖਰਾ ਕਾਰਕ ਇਹ ਨਿਰੀਖਣ ਹੈ ਕਿ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ LHCS ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਸੋਧਣਾ ਜਾਰੀ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਹੋਰ ਖਾਸ ਨਿਰੀਖਣ ਇਹ ਹੈ ਕਿ LHCS ਵਿੱਚ ਗੰਭੀਰ COVID-19 ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ ਵਧੇਰੇ ਨੇਜਵਾਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਬਜ਼ੁਰਗਾਂ ਜਾਂ ਹੋਰ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਮਾਸਟ ਸੈੱਲ ਐਕਟਿਵੇਸ਼ਨ ਸਿੰਡਰੋਮ ਅਤੇ LHCS ਵਿੱਚ ਸਮਾਨਤਾ ਵੇਖੀ ਗਈ ਹੈ, ਅਤੇ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਪੋਸਟ-COVID-19 ਨੂੰ ਮਾਸਟ ਸੈੱਲ ਐਕਟਿਵੇਸ਼ਨ ਸਿੰਡਰੋਮ ਦਾ ਰੂਪ ਮੰਨਦੇ ਹਨ। [413]

LHCS ਸਿੰਡਰੋਮ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵੱਖਰੇਵਿਆਂ ਵਾਲੇ ਅਤੇ ਸੰਭਾਵੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕਈ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਜਰਾਸੀਮਿਕ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਬਣਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਇਹ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ ਕਿ ਸੁਰੂਆਤੀ ਲੱਛਣ ਦੇ ਪੜਾਅ ਵਿੱਚ ਦੇਰੀ ਨਾਲ ਇਲਾਜ (ਆਈਵਰਮੇਕਟਿਨ ਨਾਲ) ਉੱਚ ਵਾਇਰਲ ਲੋਡ ਦਾ ਕਾਰਣ ਬਣਦਾ ਹੈ ਜੋ LHCS ਦੇ ਜੋਖਮ ਅਤੇ ਗੰਭੀਰਤਾ ਨੂੰ ਵਧਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਹੋਰ ਲਿਖੇ ਸਿਧਾਂਤਾਂ ਨੂੰ LHCS ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰਨ ਲਈ ਸਵੈ-ਸਿੱਧ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ: [411]

1. ਚੱਲ ਰਹੇ ਸਾਹ ਸੰਬੰਧੀ ਲੱਛਣ (SOB, ਖੰਘ, ਘੱਟ ਕੋਸ਼ਿਸ ਨਾਲ ਸਹਿਣਸ਼ੀਲਤਾ) ਅਣਸੁਲਝੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਨਮੂਨੀਆ (ਪਲਮਨਰੀ ਮੈਕਰੋਫੇਜ਼ ਨੂੰ ਸੁਰਗਰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ) ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।
2. ਮੋਨੋਕਾਈਟ ਐਕਟਿਵੇਸ਼ਨ ਸਿੰਡਰੋਮ। ਮੋਨੋਸਾਈਟਸ ਵਿੱਚ ਵਾਇਰਲ ਰਹਿੰਦੇ ਦੇ ਬਣੇ ਰਹਿਣ ਨਾਲ ਪ੍ਰਤੀਰੋਧੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਬਣੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮਾਤੀਆਂ ਪ੍ਰੋਟੀਨ ਅਤੇ ਵਾਇਰਲ RNA ਦੇ ਭਾਗਾਂ ਨੂੰ ਹਟਾਉਣ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀਰੋਧਕ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦੁਆਰਾ ਕੋਸ਼ਿਸ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
3. ਤੰਤੂ-ਵਿਗਿਆਨ ਦੇ ਲੱਛਣ ਸੰਬੰਧਤ ਮਾਈਕਰੋ- ਅਤੇ / ਜਾਂ ਮੈਕਰੋਵੈਸਕੁਲਰ ਥ੍ਰੋਮਬੋਟਿਕ ਬਿਮਾਰੀ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜੋ ਗੰਭੀਰ COVID-19 ਬਿਮਾਰੀ ਵਿੱਚ ਅਕਸਰ ਦੇਖੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। [414] ਦਿਮਾਗ ਦੀ MRI ਦੀ 3 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਬਾਅਦ ਦੀ ਲਾਗ ਨਾਲ 55% ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਸੂਖਮ-ਢਾਂਚੇਗਤ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਵੇਖੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ। [415] ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਐਨਸੀਫੈਲੋਪੈਥੀ ਦੀਆਂ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਤਾਵਾਂ ਐਨਸੀਫੈਲੋਈਟਿਸ ਅਤੇ ਆਟੋ-ਗੈਂਗਲੀਓਟਿਕ ਬ੍ਰੇਨ ਐਂਟੀਬਾਡੀਜ਼ [416] ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਗੰਭੀਰ ਦਿਮਾਗੀ ਵੈਸੋਕਨਸਟ੍ਰਿਕਸ਼ਨ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। [417] ਬ੍ਰੇਨ ਮਾਈਕ੍ਰੋਵੈਸਕੁਲੋਚਰ ACE-2 ਰੀਸੈਪਟਰਾਂ ਨੂੰ ਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ SARS-CoV-2 "ਸੂਡੋਵਾਇਰਨ" ਮਾਈਕਰੋਵੈਸਕੁਲਰ ਐਂਡੋਥੈਲੀਅਮ ਨਾਲ ਬੰਨ੍ਹ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨਾਲ ਸੇਰੀਬੁਲ ਮਾਈਕਰੋਵੈਸਕੁਲਰ ਸੇਜ਼ਸ ਅਤੇ ਥੱਕੇ ਬਣਦੇ ਹਨ। [418].

4. ਮਾਸਟ ਸੈੱਲ ਐਕਟਿਵੇਸ਼ਨ ਸਿੰਡਰੋਮ (MCAS) ਨੂੰ ਅਨਮਾਸਕ ਕਰਨਾ, ਜਾਂ ਮਾਸਟ ਸੈੱਲ ਐਕਟਿਵੇਸ਼ਨ ਸਿੰਡਰੋਮ ਨੂੰ ਟਰਿਗਰ ਕਰਨਾ। ਮਾਸਟ ਸੈੱਲ ਦਿਮਾਗ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਖਾਸਕਰ ਹਾਈਪੋਥੈਲੇਮਸ ਦੇ ਮੁੱਖ ਸਥਾਨ ਵਿੱਚ, ਜਿੱਥੇ ਉਹ ਕੋਰਟੀਕੋਟਰੋਫਿਨ ਰਿਲੀਜ਼ਿੰਗ ਹਾਰਮੋਨ ਲਈ ਨਾੜ ਦੇ ਸਿਰਿਆਂ ਦੇ ਨੇੜੇ ਨਾੜਾਂ ਦੁਆਲੇ ਸਥਿਤ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਉਤੋਜਨਾ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਮਾਸਟ ਸੈੱਲ ਪ੍ਰੋਇਨਫਲੇਮੇਟਰੀ ਮੈਡੀਏਟਰਸ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਹਿਸਟਾਮਾਈਨ, ਟ੍ਰਾਈਪਟੇਜ, ਕੈਮੋਕਿਨਜ਼ ਅਤੇ ਸਾਇਟੋਕਿਨਜ਼ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜਿਸ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਨਿਊਰੋਵੈਸਕੁਲਰ ਸੇਜ਼ਸ ਆ ਸਕਦੀ ਹੈ। [419] ਲੰਬੇ COVID-19 ਵਿੱਚ "ਬ੍ਰੇਨ-ਫੋਗ", ਬੌਧਿਕ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਅਤੇ ਆਮ ਥਕਾਵਟ ਮਾਸਟ ਸੈੱਲ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਨਿਊਰੋਵੈਸਕੁਲਰ ਸੇਜ਼ਸ ਕਾਰਨ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਕਲੀਨਿਕਲ ਸੰਕੇਤਾਂ ਅਤੇ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਹੇਠ ਲਿਖਿਆਂ ਸਮੂਹਾਂ ਵਿੱਚ ਵੰਡਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਸਮੂਹਬੰਦੀ ਦਾ ਕਾਰਨ ਅੰਗਾਂ ਲਈ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਣੀ ਥੈਰੇਪੀ/ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦੇਣਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

1. ਸਾਹ ਸੰਬੰਧੀ: ਸਾਹ ਚੜ੍ਹਨਾ, ਜੰਮਾਅ, ਨਿਰੰਤਰ ਆਉਂਦੀ ਖੰਘ, ਆਦਿ।
2. ਤੰਤੂ ਵਿਗਿਆਨ/ਮਾਨਸਿਕ ਰੋਗ: ਬ੍ਰੇਨ ਫੋਗ, ਗੈਰ-ਸਿਹਤਮੰਦੀ, ਥਕਾਵਟ, ਸਿਰਦਰਦ, ਮਾਈਗ੍ਰੇਨ, ਉਦਾਸੀ, ਧਿਆਨ ਕੇਂਦ੍ਰਤ ਕਰਨ/ਲਗਾਉਣ ਦੀ ਅਯੋਗਤਾ, ਬਦਲਿਆ ਬੌਧਿਕ ਅਨੁਭਵ, ਅਨੀਂਦਰਾ, ਵਰਟੀਗੋ (ਚੱਕਰ), ਡਰ ਦੇ ਦੌਰੇ, ਟਿੰਨੀਟਸ, ਅਨੇਸਮੀਆ, ਫੈਟਮ ਗੰਧ, ਆਦਿ।
3. ਮਸਕੂਲੋਸਕਲੇਟਲ: ਮਾਈਲਗਿਆ, ਥਕਾਵਟ, ਕਮਜ਼ੋਰੀ, ਜੋੜਾਂ ਦੇ ਦਰਦ, ਕਸਰਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥਾ, ਕਦਰਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਹੱਚ-ਭੰਨ, ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਦੀਆਂ ਆਮ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ (ADL's) ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥਾ।
4. ਕਾਰਡੀਓਵੈਸਕੁਲਰ: ਝਰਨਾਹਟ, ਦਿਲ ਦੇ ਧੜਕਣ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ, ਰਾਇਨੋਡ ਵਰਗਾ ਸਿੰਡਰੋਮ, ਹਾਈਪੋਟੈਂਸ਼ਨ (ਘੱਟ ਬੀਪੀ), ਅਤੇ ਜ਼ੋਰ ਲਗਾਉਣ 'ਤੇ ਟੈਕੀਕਾਰਡਿਆ (ਵੱਧ ਧੜਕਣ)।
5. ਆਟੋਨੋਸਿਕ: ਪੋਸਚਰਲ ਟੈਕੀਕਾਰਡਿਆ ਸਿੰਡਰੋਮ (POTS), ਗੈਰ-ਸਧਾਰਨ ਪਸੀਨਾ
6. GI ਗਤਬਝੁ: ਐਨੋਰੈਕਸੀਆ (ਭੁੱਖ ਨਾ ਲੱਗਣਾ), ਦਸਤ, ਪੇਟ ਦੀ ਫੁਲਾਵਟ, ਉਲਟੀਆਂ, ਘਬਰਾਹਟ, ਆਦਿ।
7. ਚਮੜੀ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ: ਖੁਜਲੀ, ਧੱਫੜ, ਡਰਮੈਟੋਗ੍ਰਾਫੀਆ
8. ਮਿਊਕਸ (ਬਲਗਮ) ਝਿੱਲੀਆਂ: ਨੱਕ ਵਗਣਾ, ਡਿੱਕ, ਜਲਣਸ਼ੀਲ ਅਤੇ ਖਾਰਸ ਵਾਲੀਆਂ ਅੱਖਾਂ।

## ਇਲਾਜ ਲਈ ਪਹੁੰਚ

ਇਲਾਜ ਦੀ ਪਹੁੰਚ ਨੂੰ ਕਲੀਨਿਕਲ ਸੰਕੇਤਾਂ ਅਤੇ ਲੱਛਣਾਂ ਦੇ ਸਮੂਹ ਮੁਤਾਬਕ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਬਣਾਇਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਹਾਲਾਂਕਿ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੇ COVID-19 ਦੇ ਤੀਬਰ ਪੜਾਅ ਦੌਰਾਨ ਨਾਕਾਫੀ ਐਂਟੀਵਾਇਰਲ ਇਲਾਜ (ਆਈਵਰਮੇਕਟਿਨ) ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਗੰਭੀਰ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੇ ਪੜਾਅ ਅਤੇ ਨਾਕਾਫੀ ਐਂਟੀ-ਇਨਫਲੇਮੇਟਰੀ/ਮੈਕਰੋਫੇਜ਼ ਰੀਪੋਲਰਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ ਥੈਰੇਪੀ (ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰੋਇਡਜ਼, ਸਟੈਟਿਨਜ਼, ਓਮੇਗਾ-3 ਫੈਟੀ ਐਸਿਡ, ਫਲੂਵੇਕਸਾਮਾਈਨ, ਆਈਵਰਮੇਕਟਿਨ, ਆਦਿ) ਦੇ ਪੜਾਅ ਦੌਰਾਨ, ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ COVID-19 ਦੇ ਬਾਅਦ ਦਾ ਸਿੰਡਰੋਮ ਹੋਣ ਦੀ ਵਧੇਰੇ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਅੰਦਰ ਸਾਹ ਦੇ ਚਲੰਤ ਲੱਛਣ ਹਨ, ਉਹਨਾਂ ਲਈ ਛਾਤੀ ਦੀ ਇਮੇਜਿੰਗ ਦਾ ਸੁਝਾਅ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ (ਤਰਜੀਹੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛਾਤੀ ਦਾ ਸੀਟੀ ਸਕੈਨ)। ਅਣਸੁਲਝੀ ਪਲਮਨਰੀ ਸੇਜ਼ਸ (ਨਮੂਨੀਆ ਪ੍ਰਬੰਧਨ) ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਦਾ ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰੋਇਡਜ਼ (ਪ੍ਰੋਡਨੀਸੋਨ) ਦੇ ਕੋਰਸ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਦੀ ਬਹੁਤ ਗੰਭੀਰਤਾ ਨਾਲ ਪਾਲਣਾ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਇੱਕ CRP ਨੂੰ ਮਾਪਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ



ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਡੇ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਬਾਰੇ ਅਪਡੇਟਸ 'ਤੇ ਨਿਯਮਿਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਾਂਚ ਕਰੋ।  
ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਹੋਰ ਵਿਗਿਆਨਕ ਅਧਿਐਨ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦੇ ਹਨ ਸਾਡੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀਆਂ ਸਿਫਾਰਸ਼ਾਂ ਅਤੇ ਖੁਰਾਕਾਂ ਨੂੰ ਅੱਪਡੇਟ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ [flccc.net](http://flccc.net)

ਐਕਸਟੈਨਡਿਡ ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰਾਇਡ ਐਕਸਟੈਨਡ (CRP ਨੂੰ ਟਾਈਟ੍ਰੇਟ) ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਸੇਪਟਿਕ ਸਦਮੇ ਤੋਂ ਠੀਕ ਹੋਏ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਾਂਗ, [420] ਐਲੀਵੇਟਿਡ ਪ੍ਰੋ- ਅਤੇ ਐਂਟੀ-ਇਨਫਲਾਮੇਟਰੀ ਸਾਈਟੋਕਾਈਨਜ਼ ਨਾਲ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ (ਕਈ ਮਹੀਨਿਆਂ) ਪ੍ਰਤੀਰੋਧਕ ਗੜਬੜ LHCS ਵਿੱਚ ਯੋਗਦਾਨ ਪਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਸੰਭਾਵ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਹ ਮੋਨੋਸਾਈਟ ਐਕਟੀਵੇਸ਼ਨ ਸਿੰਡਰੋਮ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਲਈ ਮੋਨੋਸਾਈਟ ਮੁੜ-ਪ੍ਰਸਾਰ ਥੈਰੇਪੀ ਦਾ ਸੰਕੇਤ ਮਿਲਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਇੱਕ ਸਾਈਟੋਕਿਨ ਪੈਨਲ ਟੀਚੇ ਵਾਲੀ ਐਂਟੀ-ਇਨਫਲਾਮੇਟਰੀ ਥੈਰੇਪੀ (ਉੱਚ GCR5 ਦੇ ਪੱਧਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਮੋਰਟੈਲਿਟੀ) ਦੀ ਆਗਿਆ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਧਿਆਨ ਦਿੱਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਓਮੇਗਾ-3 ਫੈਟੀ ਐਸਿਡਜ਼ ਵਾਂਗ, ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰਾਇਡਜ਼ ਪ੍ਰੋਟੀਕਟਿਨ D1 ਅਤੇ ਰੈਜ਼ੋਲਵਿਨ D4 ਸਮੇਤ ਪ੍ਰੋ-ਰੀਜ਼ੋਲਵਿੰਗ ਲਿਪਿਡਾਂ ਦੇ ਪ੍ਰਗਟਾਵੇ ਨੂੰ ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਦਰਸਾਏ ਗਏ

ਹਨ। [421] ਅਣਜਾਣ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ਜਿਹੜੀ COVID-19 ਆਰਗੇਨਾਈਜ਼ਿੰਗ ਨਮੂਨੀਏ ਤੋਂ ਠੀਕ ਹੋਈ ਹੈ ਉਹ ਸਰਗਰਮੀ ਦੀ ਸੰਬੰਧਿਤ ਸੀਮਾ ਦੇ ਨਾਲ ਪਲਮਨਰੀ ਫਾਈਬਰੋਸਿਸ ਵਿਕਸਿਤ ਕਰੇਗੀ। ਪਲਮਨਰੀ ਫੰਕਸ਼ਨ ਟੈਸਟਿੰਗ ਬੰਧੂਕ ਭਰਪੂਰ ਕਿਸਮ ਦੇ ਪੈਟਰਨ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਘਟਿਆ ਹੋਇਆ ਰੈਜ਼ੂਡੂਅਲ ਅਤੇ DLCO ਹੁੰਦਾ ਹੈ। [406] ਇਨ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪਲਮਨਰੀ ਫਾਈਬਰੋਸਿਸ ਦੇ ਮਾਹਰ ਪਲਮਨੋਲੋਜਿਸਟ ਨੂੰ ਭੇਜਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਐਂਟੀ-ਫਾਈਬਰੋਟਿਕ ਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਇਨ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਭੂਮਿਕਾ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, [380-383] ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਸ ਥੈਰੇਪੀ ਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਆਮ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਧੂ ਡਾਟੇ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਉੱਪਰ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਸੇਰੋਟੋਨਿਨ ਰੀਸੈਪਟਰ ਬਲੌਕਰ ਸਾਈਪ੍ਰੋਪਟਾਡੀਨ ਪਲਮਨਰੀ ਫਾਈਬਰੋਸਿਸ ਦੇ ਜੋਖਮ ਨੂੰ ਘਟਾ ਸਕਦਾ ਹੈ [256]

**ਹਵਾਲੇ**

256. Skurikhin EG, Andreeva TV, Khnelevskaya ES et al. Effect of antiserotonin drug on the development of lung fibrosis and blood system reactions after intratracheal administration of bleomycin. Bull Exp Biol Med 2012; 152:519-23.

380. Seifirad S. Pirfenidone: A novel hypothetical treatment for COVID-19. Medical Hypotheses 2020; 144:11005.

381. Saba A, Vaidya PJ, Chavhan VB et al. Combined pirfenidone, azithromycin and prednisolone in post-H1N1 ARDS pulmonary fibrosis. Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis 2018; 35:85-90.

382. Spagnolo P, Balestro E, Aliberti S et al. Pulmonary fibrosis secondary to COVID-19: a call to arms? Lancet Resp Med 2020; 8:750-752.

383. George PM, Wells AU, Jenkins RG. Pulmonary fibrosis and COVID-19: the potential role for antibirotic therapy. Lancet Resp Med 2020; 8:807-15.

400. Carfi A, Bernabei R, Landi F. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. JAMA 2020.

401. Prescott HC, Girard TD. Recovery from Severe COVID-19. Leveraging the lessons of survival from sepsis. JAMA 2020.

402. Greenhalgh T, Knight M, A'Court C et al. Management of post-acute COVID-19 in primary care. BMJ 2020.

403. Chopra V, Flanders SA, O'Malley M. Sixty-day outcomes among patients hospitalized with COVID-19. Ann Intern Med 2020.

404. Mandal S, Barnett J, Brill SE et al. 'Long-COVID': a cross-sectional study of persisting symptoms, biomarker and imaging abnormalities following hospitalization for COVID-19. Thorax 2020.

405. Michelen M, Manoharan L, Elkheir N et al. Characterising long-term COVID-19: a rapid living systematic review. medRxiv 2020.

406. Huang C, Huang L, Wang Y et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. Lancet 2021.

407. Logue JK, Franko NM, McCulloch DJ et al. Sequelae in adults at 6 months after COVID-19 infection. JAMA Network Open 2021; 4:e210830.

408. Janiri D, Carfi A, Kotzalidis GD et al. Posttraumatic stress disorder in patients after severe COVID-19 infection. JAMA Psychiatry 2021.

409. Voruz P, Allali G, Benzakour L et al. Long COVID neuropsychological deficits after severe, moderate or mild infection. medRxiv 2021.

410. Al-Aly Z, Xie Y, Bowe B. High-dimensional characterization of post-acute sequelae of COVID-19. Nature 2021.

411. Yong SJ. Long-haul COVID-19: Putative pathophysiology, risk factors, and treatments. medRxiv 2020.

412. Taquet M, Geddes JR, Husain M et al. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 376 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. Lancet Psychiatry 2021.

413. Afrin LB, Weinstock LB, Molderings GJ. COVID-19 hyperinflammation and post-Covid-19 illness may be rooted in mast cell activation syndrome. Int J Infect Dis 2020.

414. Bryce C, Grimes Z, Pujadas E et al. Pathophysiology of SARS-CoV-2: targeting of endothelial cells renders a complex disease with thrombotic microangiopathy and aberrant immune response. The Mount Sinai COVID-19 autopsy experience. medRxiv 2020.

415. Lu Y, Li X, Geng D et al. Cerebral micro-structural changes in COVID-19 patients - An MRI-based 3-month follow-up study. EclinicalMedicine 2020.

416. Franke C, Ferse C, Kreye J et al. High frequency of cerebrospinal fluid autoantibodies in COVID-19 patients with neurological symptoms. Brain, Behavior, and Immunity 2021.

417. Sirous R, Taghvaei R, Hellinger JC et al. COVID-19-associated encephalopathy with fulminant cerebral vasoconstriction: CT and MRI findings. Radiology Case Reports 2020; 15:2208-12.

418. Magro CM, Mulvey JJ, Laurence J et al. Docked severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 proteins within the cutaneous and subcutaneous microvasculature and their role in the pathogenesis of severe coronavirus disease 2019. Human Pathology 2020; 106:106-16.

419. Theoharides TT, Cholevas C, Polyzoidis K et al. Long-COVID syndrome-associated brain fog and chemofog: Luteolin to the rescue. Biofactors 2021; 47:232-41.

420. Riche F. Protracted immune disorders at one year after ICU discharge in patients with septic shock. Crit Care 2018; 22:42.

421. Andreaskos E, Papadaki M, Serhan CN. Dexamethasone, pro-resolving lipid mediators and resolution of inflammation in COVID-19. Allergy 2020.

422. COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. www.nice.org.uk/guidance/ng188 . 2020. National Institute for Health and Care Excellence. 4-26-2021.

423. Sanabria-Mazo JP, Montero-Marin J, Feliu-Soler A et al. Mindfulness-based program plus amygdala and insula retraining (MAIR) for the treatment of women with fibromyalgia: A pilot randomized controlled trial. J Clin Med 2020; 9:3246.

424. Theoharides TC. COVID-19, pulmonary mast cells, cytokine storms, and beneficial actions of luteolin. Biofactors 2020; 46:306-8.

425. Bawazeer MA, Theoharides TC. IL-33 stimulates human mast cell release of CCL5 and CCL2 via MAPK and NF-kB, inhibited by methoxyluteolin. Eur J Pharmacol 2019; 865:172760.

426. Weng Z, Patel AB, Panagiotidou S et al. The novel flavone tetramethoxyluteolin is a potent inhibitor of human mast cells. J Allergy Clin Immunol 2015; 135:1044-52.

427. Patel AB, Theoharides TC. Methoxyluteolin inhibits neuropeptide-stimulated proinflammatory mediator release via mTOR activation from human mast cells. J Pharmacol Exp Ther 2017; 361:462-71.

428. Calis Z, Mogulkoc R, Baltaci AK. The roles of flavonols/flavonoids in neurodegeneration and neuroinflammation. Mini Rev Med Chem 2020; 20:1475-88.

**ਬੇਦਾਅਵਾ**

I-RECOVER ਪਰੋਟੋਕੋਲ ਸਿਰਫ ਕਲੀਨਿਕਲ ਤਜਰਬੇ ਨਾਲ ਨਿਰਵਹਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਲਈ ਲੱਗ ਹਾਲ COVID-19 ਸਿੰਡਰੋਮ ਲਈ ਸੰਭਾਵਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲਾਭਦਾਇਕ ਐਮਪੀਰਿਕ ਇਲਾਜ ਦੀ ਪਹੁੰਚ ਦੇ ਬਾਰੇ ਸਿਰਫ ਵਿਦਿਅਕ ਮੰਤਵਾਂ ਲਈ ਬਣਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀ ਵੈਬਸਾਈਟ ਅਤੇ ਰੀਲੀਜ਼ 'ਤੇ ਤੁਸੀਂ ਜੋ ਕੁਝ ਪੜ੍ਹਿਆ ਹੈ ਉਸ ਕਾਰਨ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਡਾਕਟਰੀ ਸਲਾਹ ਨੂੰ ਕਦੇ ਵੀ ਅਣਗੌਲਿਆ ਨਾ ਕਰੋ। ਇਸ ਦਾ ਮੰਤਵ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਡਾਕਟਰੀ ਸਲਾਹ, ਤਸਖੀਸ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਦੇ ਬਦਲਵਾਂ ਵਿਕਲਪ ਹੋਣਾ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇੱਕ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਇਲਾਜ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਕਾਰਕਾਂ ਦੁਆਰਾ ਤੈਅ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਯੋਗ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੇ ਫੈਸਲੇ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸਥਿਤੀ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਸਵਾਲ ਬਾਰੇ ਹਮੇਸ਼ਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸਲਾਹ ਲਓ।



**ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਡੇ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਬਾਰੇ ਅਪਡੇਟਸ 'ਤੇ ਨਿਯਮਿਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਾਂਚ ਕਰੋ!**

ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਹੋਰ ਵਿਗਿਆਨਕ ਅਧਿਐਨ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦੇ ਹਨ ਸਾਡੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀਆਂ ਸਿਫਾਰਸ਼ਾਂ ਅਤੇ ਖੁਰਾਕਾਂ ਨੂੰ ਅੱਪਡੇਟ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ