I-RECOVER | సుధీర్ఘ కోవిడ్-19 సిండ్రోమ్ (LHCS) కోసం నిర్వహణ ప్రోటోకాల్

క్రింద వివరించిన విధానం డాక్టర్ మోబీన్ సయ్యద్ ("డాక్టర్ బీన్"), డాక్టర్ రామ్ యోగేంద్ర, డాక్టర్ బ్రూస్ ప్యాటర్సన్, డాక్టర్ టీనా పీర్స్ మరియు FLCCC కూటమి నేతృత్వం వహించిన సహకారం ఆధారిత ఏకాభిప్రాయ ప్రోటోకాల్. సుధీర్ఘ కోవిడ్-19 సిండ్రోమ్ యొక్క క్లినికల్ చికిత్సా పరీక్షలు లేకపోవడంతో, ఈ సిఫార్సులు కోవిడ్-19 మరియు వైరస్ తర్వాతి అనారోగ్యాల యొక్క పాథోఫిజియోలాజిక్ మెకానిజమ్‌లపై ఆధారపడటంతో పాటు మా సమిష్టి, అనుభవంతో గమనించి దిగువ చికిత్సా విధానాలతో సాధించిన లోతైన మరియు నిరంతర క్లినికల్ ప్రతిస్పందనలు.

ఈ ప్రోటోకాల్ వ్యాక్సిన్ తరువాత వచ్చే తాపజనక లక్షణాలను అదే విధమైన విజయాన్ని అందిస్తూ చికిత్స చేయడానికి కూడా ఉపయోగించబడింది. అన్ని FLCCC కూటమి -ప్రోటోకాల్‌ల మాదిరిగానే, ఎక్కువ క్లినికల్ డేటా పేరుకునేకొద్దీ భాగాలు, మోతాదులు మరియు వ్యవధులు అభివృద్ధి చెందుతాయి. ఆప్టికల్ చికిత్సలపై అత్యంత తాజా సమాచారం కోసం, ఇక్కడ చూడండి: flccc.net/flccc-protocols-a-guide-to-the-management-of-covid-19 (LHCS సెక్షన్‌ని చూడండి).

సుధీర్ఘ కోవిడ్- 19 సిండ్రోమ్ యొక్క ప్రాధమిక చికిత్స:

ఐవర్‌మెక్టిన్ →

0.2–0.4 మి.గ్రా / కేజీ మోతాదు – రోజుకొకసారి భోజనంతో*
3–5 రోజులు (అనోస్మియాలో కొన్నిసార్లు అధిక మోతాదులు అవసరం)
* వికారం / విరేచనాలు / అనోరెక్సియాతో ఉంటే కనుక ఖాళీ కడుపుతో తీసుకోండి.

3–5 రోజుల తరువాత, రోగలక్షణ పునరావృతం / నిలకడ యొక్క సమయాన్ని బట్టి వారానికి ఒకటి లేదా రెండుసార్లకు మార్చండి.

అన్ని లక్షణాలు తగ్గిపోయి, పునరావృతం కాకపోతే కనుక 2–4 వారాల తర్వాత వాడటం నిలిపివేయండి.

సంబంధిత వ్యతిరేక సూచనలు:
- వార్ఫరిన్ రోగులకు సమీప పర్యవేక్షణ మరియు మోతాదు సర్దుబాటు అవసరం.
- గర్భిణీ లేదా పాలిచ్చే మహిళలకు మరింత లోతైన ప్రమాద / ప్రయోజనాల అంచనా అవసరం.

నాడీ సంబంధిత లక్షణాలు ఉంటే, అనగా పేలవమైన ఏకాగ్రత, మతిమరుపు, మానసిక స్థితి సరిగాలేకపోవటం:

ఫ్లూవోక్సమైన్

50 మి.గ్రా – 15 రోజుల పాటు ప్రతిరోజు రెండుసార్లు.

దుష్ప్రభావాలు కనిపిస్తే మోతాదును తగ్గించండి లేదా నిలిపివేయండి. రోజుకు రెండుసార్లు 9 మి.గ్రా కంటే తక్కువ మోతాదులు సామర్థ్యాన్ని కనబరిచాయి.

నిశితంగా పరిశీలించండి, కొంతమంది రోగులు సరిగా స్పందించకపోవచ్చు. కొంతమంది తీవ్రమైన ఆందోళనను పొందవచ్చు; ఆత్మహత్య లేదా హింసాత్మక ప్రవర్తన యొక్క అరుదైన సంభవాన్ని నివారించడానికి జాగ్రత్తగా పర్యవేక్షించి చికిత్స చేయండి.

ఊపిరి అందకపోవడం లేదా ఆక్సిజన్ స్థాయిలు తక్కువగా ఉంటే:

పల్మనరీ విశ్లేషణ

అందుబాటులో ఉంటే ఊపిరితిత్తుల నిపుణుడిని సంప్రదించండి, లేకపోతే సెకండరీ ఆర్గనైజింగ్ న్యుమోనియాను (OP) అంచనా వేయడానికి ఛాతీ ఇమేజింగ్ (CT సూచనీయం) చేయించండి.

కనుగొనలు సెకండరీ OP కి అనుగుణంగా ఉన్నట్టు కనిపిస్తే, క్రింది విధంగా **కార్టికోస్టెరాయిడ్ థెరపీని** మొదలుపెట్టండి. లక్షణాలు లేదా ఆక్సిజన్ అవసరం కనుక కొనసాగితే చికిత్స యొక్క కోర్సును పునరావృతం చేయడం లేదా పొడిగించడం అవసరం.

CT కంప్యూటెడ్ టోమోగ్రఫీ స్కాన్
OP ఆర్గనైజింగ్ న్యుమోనియా

↓

అన్ని లక్షణాలు ఐవర్‌మెక్టిన్‌తో నయమవ్వకపోతే:

కార్టికోస్టెరాయిడ్ చికిత్స →

ఈ క్రింది విధంగా తగ్గించిన మోతాదులో ప్రెడ్నిసోన్ :

1. 0.5 మి.గ్రా / కేజీ — 5 రోజుల పాటు రోజు
2. 0.25 మి.గ్రా / కేజీ — 5 రోజుల పాటు రోజు
3. 0.12 మి.గ్రా / కేజీ — 5 రోజుల పాటు రోజు

నిద్రపై ప్రభావం తగ్గించడానికి ఉదయం పూట తీసుకోండి.

ఈ దుష్ప్రభావాలు కలిగి ఉండవచ్చు:
ఆకలి పెరగటం, మానసిక స్థితి మార్పులు, నిద్రలేమి, రక్తంలో గ్లూకోజ్ పెరగటం, అజీర్తి.

ఐవర్‌మెక్టిన్ మరియు కార్టికోస్టెరాయిడ్ నియమాల తర్వాత కూడా లక్షణాలు ఇంకా నయమవకపోవడం లేదా పునరావృతమైతే:

అనుమానాస్పద మాస్ట్ కణాల యాక్టివేషన్ చికిత్స

మాస్ట్ కణాల స్టెబిలైజర్‌తో పాటు టైప్ I మరియు టైప్ II యాంటిహిస్టామైన్‌ను ఎంచుకోండి – ఉదాహరణకు, లోరాటాడిన్, ఫామోటిడిన్ మరియు రూపటాడిన్. ప్రతిస్పందన సరిగ్గా లేకపోతే మందులను మార్చండి. ఈ క్రింద చాలా మందులకు యునైటెడ్ స్టేట్స్ FDA ఆమోదించిన మోతాదులు, రోజుకొకసారి అయితే తక్కువ స్పందన లేదా దుష్ప్రభావాలు ఉంటే రోజుకు మూడు సార్లు జాగ్రత్తగా మరియు నిశితమైన పర్యవేక్షణతో ఉపయోగించవచ్చు.

ఫస్ట్-లైన్ చికిత్స

- తక్కువ హిస్టామిన్ కలిగి ఉన్న ఆహారం.
- టైప్ I యాంటిహిస్టామైన్లు: లోరాటాడిన్ 10 మి.గ్రా, లేదా సెటిరిజైన్ 10 మి.గ్రా, లేదా ఫెక్సోఫెనాడిన్ 180 మి.గ్రా – రోజుకు మూడు సార్లు తట్టుకోగలిగినంత.
- టైప్ II యాంటిహిస్టామైన్లు: ఫామోటిడిన్ 20 మి.గ్రా, లేదా నిజాటిడిన్ 150 మి.గ్రా – రోజుకు రెండుసార్లు తట్టుకోగలిగినంత.
- మాస్ట్ కణాల స్టెబిలైజర్లు:
  - రూపటాడిన్ 10 మి.గ్రా – రోజుకు ఒకసారి, లేదా కెటోటిఫెన్ 1 మి.గ్రా – రోజు రాత్రిపూట ఒకసారి (తట్టుకోగలిగినట్లు పెంచండి).
  - ఇవి జోడించవచ్చు: సోడియం క్రోమోగ్లికేట్ 200 మి.గ్రా – రోజుకు మూడు సార్లు (నెమ్మదిగా పెంచండి), లేదా క్వెర్సెటిన్ 500 మి.గ్రా – రోజుకు మూడు సార్లు.

సెకండ్-లైన్ చికిత్స

- మాంటెలుకాస్ట్ 10 మి.గ్రా (కొందరిలో డిప్రెషన్ ఉంటే జాగ్రత్త) – రోజు ఒకసారి.
- తక్కువ మోతాదు నాల్ట్రెక్సోన్ (LDN) – రోజుకు 0.5 మి.గ్రాతో ప్రారంభించండి, వారానికి 0.5 మి.గ్రా పెంచుతూ రోజుకు 4.5 మి.గ్రా వరకు ఇవ్వండి. ఓపియేట్స్ మీద ఉంటే ఇవ్వకండి.
- డయాజెపామ్ రోజుకు రెండుసార్లు 0.5–1 మి.గ్రా.
- SSRI లు.

రోగులందరికీ వాడటం కోసం:

మాక్రోఫేజ్ / మోనోసైట్ రిపోలరైజేషన్ చికిత్స

- విటమిన్ C - రోజుకు రెండుసార్లు 500 మి.గ్రా
- ఒమేగా -3 కొవ్వు ఆమ్లాలు - రోజుకు 4 గ్రాములు (వాసెపా, లోవాజా, లేదా DHA/EPA)
- అటోర్వాస్టాటిన్ - రోజుకు 40 మి.గ్రా
- మెలటోనిన్ - రాత్రులు 2–10 మి.గ్రా, తక్కువ మోతాదుతో ప్రారంభించండి, నిద్రకు ఆటంకం లేనప్పుడు తట్టుకోగలిగినట్లు పెంచుతూ ఉండండి.

అదనపు మందులు
విటమిన్ D3 — రోజు 2,000–4,000 IU

DHA డోకోసాహెక్సానోయిక్ ఆమ్లం
EPA ఐకోసాపెంటెనోయిక్ ఆమ్లం
IU అంతర్జాతీయ యూనిట్లు
మి.గ్రా / కేజీ కిలో శరీర బరువుకు మి.గ్రా ల్లో మోతాదు

! దయచేసి మా ప్రోటోకాల్‌ల అప్డేట్‌ల కోసం క్రమం తప్పకుండా చెక్ చేయండి!
మరింత శాస్త్రీయ అధ్యయనాలు వెలువడేకొద్దీ మా మందుల సిఫార్సులు మరియు మోతాదులు అప్డేట్ అవుతూ ఉండవచ్చు.

I-RECOVER | దీర్ఘకాలిక COVID-19 సిండ్రోమ్ కోసం నిర్వహణ ప్రోటోకాల్ (LHCS)

సుధీర్ఘ కోవిడ్-19 సిండ్రోమ్ ("కోవిడ్-19 అనంతర సిండ్రోమ్" కూడా)

డాక్టర్ పాల్ మారిక్ / FLCCC కూటమి రాసిన "గైడ్ టు ది మేనేజ్‌మెంట్ ఆఫ్ కోవిడ్ -19" నుండి సారాంశం
flccc.net/flccc-protocols-a-guide-to-the-management-of-covid-19

సుదీర్ఘ కోవిడ్-19 సిండ్రోమ్ (LHCS) యొక్క లక్షణాలు, దీర్ఘకాలిక అనారోగ్యం, తలనొప్పి, సాధారణ అలసట, నిద్ర ఇబ్బందులు, జుట్టు రాలడం, వాసన రుగ్మత, ఆకలి తగ్గడం, కీళ్ళ నొప్పులు, డిస్ప్నియా, ఛాతీ నొప్పి మరియు మెదడు పనిచేయకపోవడం [400-411]. కోవిడ్-19 తర్వాత 80% మంది రోగులు దీర్ఘకాలిక అనారోగ్యంతో బాధపడతారు. కోవిడ్-19 సంక్రమణ తర్వాత మాత్రమే LHCS కనిపించడం కాకుండా టీకాలు పొందిన కొంతమందిలో కూడా ఇది గమనించబడింది (టీకా నుండి వచ్చే స్పైక్ ప్రోటీన్ ద్వారా మోనోసైట్ క్రియాశీలత వల్ల కావచ్చు). తీవ్రమైన సంక్రమణ తర్వాత నెలల తరబడి LHCS కొనసాగవచ్చు మరియు దాదాపు సగం మంది రోగులు జీవనా నాణ్యతలో తగ్గుదలను నివేదిస్తారు. వివిధ ప్రాంతాలలో జ్ఞాన సంబంధితతో సహా రోగులు దీర్ఘకాలిక నాడీ సంబంధిత లక్షణాలతో బాధపడవచ్చు. [409,412] LHCS యొక్క అస్పష్టమైన లక్షణం ఏమిటంటే ఇది ప్రారంభ వ్యాధి తీవ్రతను బట్టి దీన్ని అంచనా వేయలేము; పోస్ట్-కోవిడ్ -19 తరచుగా తేలిక నుండి మితమైన కేసులను మరియు శ్వాసకోశ సహాయం లేదా ఇంటెన్సివ్ కేర్ అవసరం లేని యువకులను ప్రభావితం చేస్తుంది. [411] క్రానిక్ ఇన్ఫ్లమేటరీ రెస్పాన్స్ సిండ్రోమ్ (CIRS) / మయాల్జిక్ ఎన్సెఫలోమైలిటిస్ / క్రానిక్ ఫెటీగ్ సిండ్రోమ్‌తో సమానమైన అత్యధిక కేసులలో LHCS యొక్క లక్షణాల సమితి ఉంటుంది. [411] CIRS నుండి ఒక ముఖ్యమైన భేదాత్మక అంశం ఏమిటంటే, LHCS అత్యధిక కేసుల్లో నెమ్మదిగా ఉన్నప్పటికీ దానంతట అదే వృద్ధి చెందుతూ ఉంటుంది. మరో ముఖ్యమైన పరిశీలన ఏమిటంటే, వృద్ధులను లేదా వివిధ రుగ్మతలు ఉన్న వ్యక్తులను ప్రభావితం చేసే తీవ్రమైన COVID-19 తో పోలిస్తే LHCS లో ఎక్కువ మంది యువకులు ఉన్నారు. ఇంకా, మాస్ట్ సెల్ యాక్టివేషన్ సిండ్రోమ్ మరియు LHCS ల మధ్య సారూప్యత గమనించబడింది, మరియు చాలామంది పోస్ట్-కోవిడ్-19 ను మాస్ట్ సెల్ యాక్టివేషన్ సిండ్రోమ్ యొక్క రకంగా భావిస్తారు. [413]

LHCS సిండ్రోమ్ చాలా భిన్నమైన మరియు వివిధ రకాల వ్యాధికారక విధానాల ఫలితాల వల్ల ఇంకా, ప్రారంభ రోగలక్షణ దశలో ఆలస్యమైన చికిత్స (ఐవర్‌మెక్టిన్‌తో) అధిక వైరల్ లోడ్‌కు దారితీస్తుంది, ఇది LHCS ప్రమాదం మరియు తీవ్రతను పెంచుతుంది. LHCS ను వివరించడానికి క్రింది సిద్ధాంతాలు ప్రతిపాదించబడ్డాయి: [411]

1. కొనసాగుతున్న శ్వాసకోశ లక్షణాలు (SOB, దగ్గు, సహించగల శక్తి తగ్గడం) నయంకాని ఆర్గనైజింగ్ న్యుమోనియాకు సంబంధించినవి కావచ్చు (ఊపిరితిత్తుల మాక్రోఫేజ్‌లను సక్రియం చేయండి).
2. మోనోసైట్ యాక్టివేషన్ సిండ్రోమ్. మోనోసైట్స్‌లో వైరల్ శిధిలాల నిలకడ వలన రోగనిరోధక వ్యవస్థ ఆక్షేపణీయ ప్రోటీన్ (లు) మరియు వైరల్ RNA శకలాలు శుభ్రం చేసే ప్రయత్నంలో కొనసాగుతున్న రోగనిరోధక ప్రతిస్పందన వస్తుంది.
3. నాడీ లక్షణాలు తీవ్రమైన కోవిడ్-19 వ్యాధిలో సాధారణంగా కనిపించే సంబంధిత మైక్రో- మరియు / లేదా మాక్రోవాస్కులర్ థ్రోంబోటిక్ వ్యాధి కావచ్చు. [414] ఇన్ఫెక్షన్ తరువాత 3 నెలల మెదడు MRI లు 55% మంది రోగులలో సూక్ష్మ-నిర్మాణ మార్పులను ప్రదర్శించింది. [415] అదనంగా, ఎన్సెఫలోపతి యొక్క లక్షణాలు ఎన్సెఫాలిటిస్ మరియు ఆటో-రియాక్టివ్ మెదడు ప్రతిరోధకాలు [416] అలాగే పెద్ద మెదడులో తీవ్రమైన రక్త నాళాల కుంచించుకుపోవడానికి సంబంధించినవి కావచ్చు. [417] మెదడు మైక్రోవాస్క్యులేచర్ ACE-2 గ్రాహకాలను చూపిస్తుంది మరియు SARS-CoV-2 "సూడోవైరాన్స్" మైక్రోవాస్కులర్ ఎండోథెలియంతో బంధింపబడి సెరిబ్రల్ మైక్రోవాస్కులర్ మంట మరియు గడ్డకట్టడానికి కారణమవుతుంది. [418].
4. మాస్ట్ సెల్ యాక్టివేషన్ సిండ్రోమ్ (MCAS) యొక్క అన్‌మాస్కింగ్ లేదా మాస్ట్ సెల్ యాక్టివేషన్ సిండ్రోమ్ ట్రిగరింగ్. మాస్ట్ కణాలు మెదడులో ఉంటాయి, ప్రత్యేకించి హైపోథాలమస్ యొక్క మధ్యస్థ విశిష్టతలో, ఎక్కడైతే అవి కార్టికోట్రోపిన్ విడుదల చేసే హార్మోన్‌కు అనుకూలమైన నరాల చివరలకు దగ్గరగా ఉంటాయో అక్కడ. [419] స్టిములేషన్ తరువాత, మాస్ట్ కణాలు న్యూరోవాస్కులర్ మంటకు దారితీసే హిస్టామిన్, ట్రిప్టేజ్, కెమోకిన్లు మరియు సైటోకిన్లు వంటి ప్రోఇన్ఫ్లమేటరీ మీడియేటర్లను విడుదల చేస్తుంది. [419] లాంగ్-కోవిడ్ -19 లో నివేదించబడిన "బ్రెయిన్-ఫాగ్", కాగ్నిటివ్ ఇంపెయిర్మెంట్ మరియు సాధారణ అలసట మాస్ట్ కణాల సంబంధిత న్యూరోవాస్కులర్ మంట వల్ల కావచ్చు.

క్లినికల్ సంకేతాలు మరియు లక్షణాలను ఈ క్రింది సమూహాలలో వర్గీకరించవచ్చు.. ఈ వర్గీకరణకు కారణం అవయవ నిర్దిష్ట లక్ష్య చికిత్స / వ్యక్తిగతీకరించిన చికిత్సను అందించడం కోసం.

1. శ్వాసకోశ: ఊపిరి అందకపోవడం, దిబ్బడ, నిరంతర దగ్గు మొదలైనవి.
2. నాడీ సంబంధిత/ సైకియాట్రిక్: బ్రెయిన్ ఫాగ్, అనారోగ్యం, అలసట, తలనొప్పి, మైగ్రేన్లు, నిరాశ, దృష్టి పెట్టలేకపోవడం, మార్పు చెందిన జ్ఞానం, నిద్రలేమి, వెర్టిగో, భయాందోళనలు, టిన్నిటస్, అనోస్మియా, ఫాంటమ్ వాసనలు మొదలైనవి.
3. మస్క్యులోస్కెలెటల్: మైయాల్జియాస్, అలసట, బలహీనత, కీళ్ల నొప్పులు, వ్యాయామం చేయలేకపోవడం, శ్రమ అనంతర అనారోగ్యం, రోజూ చేసే సాధారణమైన పనులు చేయలేకపోవడం (ADL యొక్క).
4. హృదయనాళ: గుండెదడ, అరిథ్మియా, రేనాడ్ వంటి లక్షణాలు, రక్తపోటు మరియు శ్రమ వల్ల టాచీకార్డియా.
5. స్వయంప్రతిపత్తి: పోస్చురల్ టాచీకార్డియా సిండ్రోమ్ (POT లు), అసాధారణ చెమట.
6. GIT భంగం: అనోరెక్సియా, విరేచనాలు, ఉబ్బరం, వాంతులు, వికారం మొదలైనవి.
7. చర్మవ్యాధి: దురద, దద్దుర్లు, చర్మశోథ
8. శ్లేష్మ పొరలు: ముక్కు కారడం, తుమ్ములు, కళ్ళు మంట మరియు దురద.

చికిత్సకు విధానం

క్లినికల్ సంకేతాలు మరియు లక్షణాల వర్గీకరణ ప్రకారం చికిత్సా విధానం వ్యక్తిగతీకరించబడాలి. అయినప్పటికీ, సాధారణంగా, తీవ్రమైన రోగలక్షణ దశలో సరైన మోతాదులో యాంటీవైరల్ చికిత్స (ఐవర్‌మెక్టిన్) పొందని రోగులు మరియు కోవిడ్-19 యొక్క తీవ్రమైన దశలో సరిపోని యాంటీ ఇన్ఫ్లమేటరీ / మాక్రోఫేజ్ రిపోలరైజేషన్ థెరపీ (కార్టికోస్టెరాయిడ్స్, స్టాటిన్స్, ఒమేగా -3 కొవ్వు ఆమ్లాలు, ఫ్లూవోక్సమైన్, ఐవర్‌మెక్టిన్, మొదలైనవి) వల్ల పోస్ట్-కోవిడ్-19 సిండ్రోమ్‌ను అభివృద్ధి చేసే అవకాశం ఉంది. అప్పటికే శ్వాసకోశ లక్షణాలతో ఉన్న రోగులలో ఛాతీ ఇమేజింగ్ సూచించబడుతుంది (ప్రాధాన్యంగా ఛాతీ CT స్కాన్). నయంకాని ఊపిరితిత్తుల ఇన్ఫ్లమేషన్ (ఆర్గనైజింగ్ న్యుమోనియా)

ఉన్నవారికి కార్టికోస్టెరాయిడ్స్ (ప్రెడ్నిసోన్) కోర్సుతో చికిత్స చేయాలి మరియు దగ్గరగా పర్యవేక్షించాల్సిన స్కాన్). ఒక CRP కొలవాలి, మరియు ఈ రోగులకు మరిన్ని కార్టికోస్టెరాయిడ్స్ (సిఆర్‌పికి టైట్రేట్ చేయబడిన) ఇవ్వాలి. సెప్టిక్ షాక్ నుండి కోలుకున్న రోగుల మాదిరిగానే, [420] ఎలివేటెడ్ ప్రో- మరియు యాంటీ ఇన్ఫ్లమేటరీ సైటోకైన్‌లతో దీర్ఘకాలిక (చాలా నెలలు) రోగనిరోధక భంగం LHCS కు దోహదం చేస్తుంది. ఇది మోనోసైట్ ఆక్టివేషన్ సిండ్రోమ్ యొక్క పరిణామం అయ్యుండచ్చు మరియు మోనోసైట్ రిపోలరైజేషన్ థెరపీ సూచించబడుతుంది. అదనంగా, సైటోకిన్ ప్యానెల్ టార్గెటెడ్ యాంటీ ఇన్ఫ్లమేటరీ చికిత్సని అనుమతించవచ్చు (అధిక CCR5 స్థాయిలు ఉన్న రోగులలో మారవిరోక్). ఒమేగా -3 కొవ్వు ఆమ్లాల మాదిరిగానే కార్టికోస్టెరాయిడ్స్ కూడా ప్రొటెక్టిన్ D1 మరియు రిసోల్విన్ D4 తో సహా ప్రో-రిసాల్వింగ్ లిపిడ్ల యొక్క ఉనికిని పెంచుతాయని నిరూపించబడ్డాయి. [421] కోవిడ్-19 ఆర్గనైజింగ్ న్యుమోనియా నుండి కోలుకున్న తెలియని సంఖ్యలో రోగులు సంబంధిత పరిమిత పనితీరుతో ఊపిరితిత్తుల ఫైబ్రోసిస్‌ను వృద్ధి చెంది ఉంటారు ఊపిరితిత్తుల ఫంక్షన్ పరీక్ష తగ్గిన అవశేష వాల్యూమ్ మరియు DLCO తో నిర్బంధ రకమైన నమూనాను ప్రదర్శిస్తుంది. [406] ఈ రోగులను ఊపిరితిత్తుల ఫైబ్రోసిస్‌లో నైపుణ్యం కలిగిన పల్మోనాలజిస్ట్‌కు చూపించాలి. యాంటీ-ఫైబ్రోటిక్ చికిత్స ఈ రోగులకు సరిపోవచ్చు, [380-383] అయితే ఈ చికిత్సను సాధారణంగా సిఫారసు చేయడానికి ముందు అదనపు సమాచారం అవసరం. పైన చర్చించినట్లుగా, సెరోటోనిన్ రిసెప్టర్ బ్లాకర్ సైప్రోహెప్టాడిన్ ఊపిరితిత్తుల ఫైబ్రోసిస్ ప్రమాదాన్ని తగ్గిస్తుంది. [256]

ప్రస్తావనలు

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 firbosis. 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 antibibrotic 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 sequalae 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 236 379 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. Pathopysiology 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-structutal 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. Andreakos 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 ramdomized 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.

నిరాకరణ

I-RECOVER ప్రోటోకాల్ క్లినికల్ అనుభవంతో మాత్రమే ఆవిర్భవించింది మరియు ఆ విధంగా సుదీర్ఘ కోవిడ్-19 సిండ్రోమ్ కోసం ప్రయోజనకరమైన అనుభవ చికిత్స విధానాలకు సంబంధించి ఆరోగ్య సంరక్షణా ప్రదాతలకు విద్యా ప్రయోజనాల కోసం మాత్రమే ఉద్దేశించబడింది. మీరు మా వెబ్‌సైట్‌లో మరియు రిలీజ్లలో ఏదో చదివిన కారణంగా ప్రొఫెషనల్ వైద్య సలహాను ఎప్పుడూ విస్మరించవద్దు. ఏ రోగికి సంబంధించి అయినా ప్రొఫెషనల్ వైద్య సలహా, రోగ నిర్ధారణ లేదా చికిత్సకు ప్రత్యామ్నాయంగా ఇది ఉద్దేశించబడలేదు. ఒక రోగికి చికిత్స అనేక కారకాల ద్వారా నిర్ణయించబడుతుంది మరియు ఆ విధంగా మీ వైద్యుడు లేదా అర్హత కలిగిన ఆరోగ్య సంరక్షణా ప్రదాత యొక్క తీర్పుపై ఆధారపడి ఉంటుంది. మీ వైద్య పరిస్థితి లేదా ఆరోగ్యానికి సంబంధించి మీకు ఎటువంటి ప్రశ్నలు ఉన్నా ఎల్లప్పుడూ వారి సలహా తీసుకోండి.