

I-RECOVER

Itifaki ya Usimamizi ya Ugonjwa wa Muda Mrefu wa COVID-19 (LHCS)

Hapa chini pameainishwa itifaki ya makubaliano ambayo yanatokana na ushirikiano ulioongozwa na Dkt. Mobeen Syed (“Dkt.. Been”), Dkt. Ram Yogendra, Dkt. Bruce Patterson, Dkt. Tina Peers na FLCCC Alliance. Kutokana na ukosefu wa majaribio ya matibabu ya kliniki ya Ugonjwa wa Muda Mrefu wa COVID-19, mapendekezo haya yanategemea utaratibu wa kipathofisiolojia wa COVID-19 na magonjwa ya baada ya virusi pamoja na uzoefu wetu wa pamoja wa kuona mwingine kwa kina na endelevu wa kliniki uliofikiwa kupitia mitazamo ya matibabu iliyoitajwa hapa chini.

Itifaki hii pia imetumika kutibu magonjwa ya uvimbe ya baada ya chanjo na mafanikio yaliyopatikana yanafanana. Kama ilivyo kwa kanuni zote za FLCCC Alliance - itifaki, vijenzi, dozi na muda zitaendelea kubadilika kadiri data zaidi za kliniki zinavyokusanyika. Ili kupata taarifa ya kisasa zaidi kuhusu matibabu ya hiari, nenda kwenye: flccc.net/flccc-protocols-a-guide-to-the-management-of-covid-19 (angalia sehemu ya LHCS).

Tiba ya awali ya Ugonjwa wa Muda Mrefu wa COVID-19:

IVERMECTIN

Dozi ya miligramu 0.2–0.4/kilogramu – mara moja kila siku pamoja na chakula* kwa siku 3–5 (dozi kubwa wakati mwingine zinahitajika katika hali ya kukosa hisia ya kunusa)
*Meza bila kula chochote ikiwa una kichefuchefu/kuhara/anorexia.

Baada ya siku 3–5, badilisha kwenda mara moja au mbili kila wiki kulingana na wakati wa dalili ya kurudia/kuendelea.

Acha baada ya wiki 2–4 ikiwa dalili zote zimetatuliwa na hazirudii.

Sababu zinazofanya dawa kutofaa:

- Wagonjwa wanaotumia Warfarin wanahitaji ufuatiliaji wa karibu na marekebisha ya dozi.
- Wanawake wawazito au wanaonyonyesha wanahitaji tathmini ya kina ya hatari/faida.



FLUVOXAMINE

Miligramu 50 – mara mbili kwa siku kwa siku 15.

Punguza dozi au ukome ikiwa athari za baadaye zinaibuka. Dozi za chini kiasi cha miligramu 9 mara mbili kwa siku zimeonyesha ufanisi.

Fuatilia kwa karibu kwani baadhi ya wagonjwa wanaweza kuitikia vibaya. Baadhi ya watu wanaweza kupata wasiwasi mkubwa; fuatilia na utibu kwa uangalifu ili kuzuia uongezekaji nadra wa tabia ya kutaka kujua au vurugu.

Ikiwa una ukosefu wa pumzi au viwango vya chini vya oksijeni:

TATHMINI YA MAPAFU

Elekeza kwa mtaalamu wa mapafu ikiwa anapatikana, vinginevyo piga picha ya kifua (CT inapendelewa) ili kutathmini kwa Nimononia ya uvimbe wa bronkioli ya sekondari (OP).

Ikiwa matokeo yanayolingana na OP ya sekondari yamepatikana, anzisha **Tiba ya Corticosteroid** kama ilivyotajwa hapa chini. Huenda ikahitaji kurudia au kuongeza muda wa matibabu ikiwa dalili au mahitaji ya oksijeni yanaendelea.

CT skani ya picha ya tomografia
OP nimononia ya uvimbe wa bronkioli



Ikiwa si dalili zote zinatatuliwa na ivermectin:

TIBA YA CORTICOSTEROID

Dozi ndogo ya **prednisone** kama ifuatavyo:

1. miligramu 0.5/kilogramu kila siku kwa siku 5
2. miligramu 0.5/kilogramu kila siku kwa siku 5
3. miligramu 0.5/kilogramu kila siku kwa siku 5

Meza asubuhi ili kupunguza athari kwa usingizi.

Athari za baadaye zinaweza kujumuisha:

Kuongezeka kwa hamu ya kula, mabadiliko ya mhemko, kukosa usingizi, kuongezeka kwa sukari ya damu, dispesia.



Ikiwa dalili bado hazijatatuliwa au zinajirudia baada ya tiba za ivermectin na corticosteroid:

MATIBABU YA UWEPO WA SELI YA MAST

Chagua antihistamini Aina ya I na ya Aina ya II pamoja na kiimarishaji cha seli ya mast – kwa mfano, Loratadine, Famotidine na Rupatadine. Badilisha dawa ikiwa mwingine ni duni. Dozi zilizo dhidi na FDA ya Marekani kwa dawa nyingi zilizo hapo chini ni za mara moja kila siku lakini zinaweza kutumiwa hadi mara tatu kila siku kwa tahadhari na ufuatiliaji wa karibu ikiwa kuna mwingine duni au athari za baadaye.

Tiba ya mstari wa kwanza

- Chakula chenye kiwango cha chini cha histamini
- **Antihistamini za Aina ya I:** Loratadine miligramu 10, au Cetirizine miligramu 10, au Fexofenadine miligramu 180 – mara tatu kila siku kadiri inavyostahimiliwa.
- **Antihistamini za Aina ya II:** Famotidine miligramu 20, au Nizatidine miligramu 150 – mara mbili kwa siku kadiri inavyostahimiliwa.
- **Viimarishaji vya seli ya mast:**
 - Rupatadine miligramu 10 – mara moja kwa siku, au Ketotifen miligramu 1 – mara moja kila siku usiku (ongeza kadiri inavyostahimiliwa).
 - Inaweza kuongeza: Sodiamu Cromoglycate miligramu 200 – mara tatu kwa siku (ongezeko polepole), au Quercetin miligramu 500 – mara tatu kwa siku.

Tiba ya Mstari wa pili

- Montelukast miligramu 10 (jihadhari na unyogovu kwa baadhi ya watu) – mara moja kila siku.
- Dozi ya chini ya Naltrexone (LDN) - anza na miligramu 0.5 kila siku, ikiongezeka kwa miligramu 0.5 kila wiki hadi miligramu 4.5 kila siku. Epuka ukiwa kwenye opiates.
- Diazepam miligramu 0.5–1 mara mbili kwa siku.
- SSRI.

Kwa matumizi ya wagonjwa wote:

TIBA YA UREKEBISHAJI WA MAKROFAJI/MONOSITI

- Vitamini C — miligramu 500 mara mbili kwa siku
- Asidi zenye Mafuta za Omega-3 — gramu 4/kila siku (Vascepa, Lovaza au DHA/EPA)
- Atorvastatin — miligramu 40 kila siku
- Melatonin — miligramu 2–10 usiku, anza na dozi ya chini, ongeza kadiri inavyostahimiliwa iwapo hakuna usumbufu wa kulala.

Nyongeza ya Ziada

- Vitamini D3 — IU 2,000–4,000 kila siku

DHA asidi ya Dokosaheksaenoic IU vitengo vya kimataifa
EPA asidi ya eicosapentaenoic mg/kg dozi katika miligramu kwa kila kilogramu ya uzito wa mwili

I-RECOVER

2/3

Itifaki ya Usimamizi ya Ugonjwa wa Muda Mrefu wa COVID-19 (LHCS)

Ugonjwa wa Muda Mrefu wa COVID-19 (pia “Ugonjwa wa Baada ya COVID-19”)

Dondoo kutoka kwa “Guide to the Management of COVID-19” [Mwongozo wa Usimamizi wa COVID-19] na Dkt. Paul Marik / FLCCC Alliance — flccc.net/flccc-protocols-a-guide-to-the-management-of-covid-19

Ugonjwa wa Muda Mrefu wa COVID-19 (LHCS) unadhihirishwa na unyong’onyevu wa muda mrefu, maumivu ya kichwa, uchovu wa jumla, ugumu wa kulala, upotevu wa nywele, shida ya kuweza kunusa, kupungua kwa hamu ya kula, viungo vyenye uchungu, ugonjwa wa kupumua, maumivu ya kifua na ugonjwa wa utambuzi [400-411] Hadi asilimia 80 ya wagonjwa hupata ugonjwa wa muda mrefu baada ya COVID-19. LHCS haionekani tu baada ya maambukizo ya COVID-19 lakini inaonekana kwa baadhi ya watu ambao wamepokea chanjo (labda kwa sababu ya uamilishaji wa monositi na protini ya kuambatisha kutoka kwa chanjo). LHCS inaweza kuendelea kwa miezi kadhaa baada ya maambukizo ya papo hapo na karibu nusu ya wagonjwa huripoti kupunguzwa kwa ubora wa maisha. Wagonjwa wanaweza kupata dalili za muda mrefu za ugonjwa wa neva na akili, pamoja na viko vingi vya utambuzi. [409,412] Kipengele cha kutatanisha cha LHCS ni kwamba haitabirwi na ukali wa magonjwa ya awali; ugonjwa wa baada ya COVID-19 mara nyingi huathiri visa vidogo hadi wastani na vijana ambao hawakuhitaji usaidizi wa kupumua au uangalizi makini. [411] Seti ya dalili za LHCS katika hali nyingi iko sawa na ugonjwa sugu wa mwitikio wa uvimbe (CIRS)/myalgic encephalomyelitis/ugonjwa sugu wa uchovu. [411] Jambo muhimu la kutofautisha kutoka kwa CIRS ni utambuzi kwamba LHCS inaendelea kujiboresha yenyewe japo polepole katika visa vingi. Utambuzi mwingine muhimu ni kwamba LHCS inajumuisha vijana zaidi ikilinganishwa na COVID-19 kali ambayo huathiri watu wazee au watu walio na magonjwa mengine. Kwa kuongezea, mfanano kati ya ugonjwa wa uamilishaji wa seli ya mast na LHCS umeonekana na wengi huingatia ugonjwa wa baada ya COVID-19 kuwa aina tofauti ya ugonjwa wa uamilishaji wa seli ya mast. [413]

Ugonjwa wa LHCS ni wa mchanganyiko na huenda unatoka kwa mifumo anuwai ya pathojenetiki. Zaidi ya hayo, kuna uwezekano kwamba matibabu ya kucheleweshwa (na ivermectin) katika awamu yenye dalili ya mapema yatasababisha idadi kubwa ya virusi ambayo huongeza hatari na ukali wa LHCS. Nadharia zifuatazo zimependekewa kuelezea LHCS: [411]

1. Dalili za kupumua zinazoendelea (SOB, kukohoa, kupunguzwa kwa ustahimilivu wa juhudi) zinaweza kuhusishwa na homa ya mapafu isiyosuluhishwa (amilisha makrofaji ya mapafu).
2. Ugonjwa wa uamilishaji wa monositi. Kuendelea kwa uchafu wa virusi kwenye monositi husababisha mwitikio wa kinga unaoendelea katika jaribio la mfumo wa kinga kuondoa protini zinazokera na vipande vya virusi vya RNA.
3. Dalili za mishipa ya neva zinaweza kuhusishwa na ugonjwa wa mishipa wa damu mdogo na/au mkubwa ambao unaonekana kuwa wa kawaida katika ugonjwa mkali wa COVID-19. [414] Miezi 3 baada ya kuambukizwa ya MRI ya ubongo ilionyesha mabadiliko ya miundo ndogo katika asilimia 55 ya wagonjwa. [415] Kwa kuongezea, sifa za ugonjwa wa ubongo zinaweza kuhusishwa na uvimbe wa ubongo na kingamwili za ubongo zinazojiendesha kiotomatiki [416] pamoja na kubana vibaya kwa mishipa ya damu ya ubongo. [417] Mfumo wa mishipa midogo ya damu ya ubongo huonyesha vipokezi vya ACE-2 na “virusi bandia” vya SARS-CoV-2 vinaweza kujifunga kwenye endotheliamu ya mishipa midogo inayosababisha uvimbe wa mishipa ya ubongo na kuganda kwa damu. [418].

4. Kufichua dalili ya uamilishaji wa seli ya mast (MCAS), au kuchochea kwa ugonjwa wa uamilishaji wa seli ya mast. Seli za Mast zinapatikana kwenye ubongo, hasa katika uvimbe wa wastani wa hipotalamus, ambapo ziko karibu na mwisho wa neva zinazochangia homoni inayotokana na corticotrophin. [419] Kufuatia kusimuliwa, seli za mast hutoa vipatanishi vya uvimbe kama vile histamini, triptasi, chemokinesi na saitokini ambavyo vinaweza kusababisha uvimbe wa mishipa ya neva. [419] “Ukungu wa ubongo”, kuathiriika kwa utambuzi na uchovu wa jumla ulioripotiwa katika COVID-19 ya muda mrefu unaweza kuwa ni kwa sababu ya uvimbe wa mishipa ya neva unaohusiana na seli ya mast.

Ishara na dalili za kliniki zinaweza kuwekwa katika vikundi vifuatavyo. Sababu ya uwekaji huu kwenye vikundi ni kuruhusu tiba inayolenga kiungo/ tiba iliyobinafsishwa.

1. Kupumua: kukosa pumzi, msongamano, kikohozi kinachoendelea, nk.
2. Ya mishipa ya neva/akili: ukungu wa ubongo, unyong’onyevu, uchovu, maumivu ya kichwa, kipandauso, unyogovu, kutokuwa na uwezo wa kuzingatia/kujilimbikizia, utambuzi uliobadilika, kukosa usingizi, ugonjwa wa kichwa, mshtuko wa hofu, tinnitus, anosmia, harufu za kudhaniwa, nk
3. Misuli na mifupa: maumivu ya misuli, uchovu, udhaifu, maumivu ya viungo, kutoweza kufanya mazoezi, dalili zinazozidi kuwa mbaya, kukosa uwezo wa kufanya shughuli za kawaida za maisha ya kila siku (ADL’s).
4. Mishipa ya moyo: Kupigapiga kwa moyo, badiliko katika kupiga kwa moyo, ugonjwa kama Raynaud, shinikizo la chini la damu na tachikardia kutokana na jitihada.
5. Kujitegemea: Kuongezeka kwa mpigo wa moyo unaposimama (POTs), utokaji wa jasho usio wa kawaida.
6. Usumbufu wa GIT: Anoreksia, kuharisha, kuvimba, kutapika, kichefu-chefu, nk.
7. Ngozi: Kuwashwa, vipele, dematografia
8. Utando wa kamasi: Kutokwa na kamasi, kupiga chafya, macho kuwasha.

Njia ya Matibabu

Njia ya matibabu inapaswa kuwa mahususi kulingana na uwekaji wa vikundi wa ishara na dalili za kliniki. Hata hivyo, kwa ujumla, kuna uwezekano kwamba wagonjwa ambao walipata matibabu yasiyo ya kutosha ya kuzuia virusi (ivermectin) wakati wa dalili kali na tiba isiyo ya kutosha ya kupambana na uvimbe/makrofaji (corticosteroids, statins, asidi zenye mafuta za omega-3, fluvoxamine, ivermectin, nk) wakati awamu ya papo hapo ya COVID-19 wana uwezekano mkubwa zaidi wa kupata Ugonjwa wa Baada ya COVID-19. Kwa wagonjwa walio na dalili za kupumua zinazoendelea, picha ya kifua inapendekewa (ikiwezekana skani ya CT ya kifua). Wale walio na uvimbe wa mapafu ambao haujasuluhishwa (nimonia ya uvimbe wa bronkioli) wanapaswa kutibiwa na dawa za corticosteroids (prednisone) na kufuatiliwa kwa karibu. CRP inapaswa kupimwa, na corticosteroids zilizoendelezwa (zilizopimwa kwenye CRP) kutolewa kwa wagonjwa hawa.

I-RECOVER

3/3

Itifaki ya Usimamizi ya Ugonjwa wa Muda Mrefu wa COVID-19 (LHCS)

Sawa na wagonjwa ambao wamepona kutokana na mshtuko wa baada ya maambukizi, [420] usumbufu wa kinga ya muda mrefu (miezi mingi) na saitokini zinazounga mkono na za kupambana na uvimbe, zinaweza kuchangia LHCS. Hii labda ni matokeo ya ugonjwa wa uamilishaji wa monositi kwa hivyo tiba ya urejeshaji wa hali ya kawaida wa monositi imeonyeshwa. Kwa kuongezea, paneli ya saitokini inaweza kuruhusu tiba inayolenga kupambana na uvimbe (Maraviroc kwa wagonjwa walio na viwango vya juu vya CCR5). Ikumbukwe kwamba kama asidi yenye mafuta ya omega-3, corticosteroids imeonyeshwa kuongeza udhihirishaji wa lipidi zinazounga mko- no usuluhishaji ikiwa ni pamoja na Protectin D1 na Resolvin D4. [421] Ida-

di isiyojulikana ya wagonjwa ambao wamepona kutokana na nimonia ya uvimbe wa bronkioli ya COVID-19 watapata fibrosisi ya mapafu na kupunguka kwa shughuli zinazohusiana nayo. Upimaji wa utendakazi wa mapafu unaonyesha muundo wa aina ya kizuizi ulio na kiwango cha mabaki kilichopungua wa DLCO. [406] Wagonjwa hawa wanapaswa kupeleka kwa mtaalamu wa mapafu mwenye utaalamu katika fibrosisi ya mapafu. Tiba ya kupambana na fibrosisi inaweza kuwa na jukumu kwa wagonjwa hawa, [380-383] hata hivyo data ya ziada inahitajika kabla ya tiba hii kupendekezwa zaidi. Kama ilivyojadiliwa hapo juu, siproheptadini ya kuzuia kipokezi cha serotonin inaweza kupunguza hatari ya ugonjwa wa mapafu. [256]

Marejeo

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 antifibrotic 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 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. 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.

Kanusho

Itifaki ya I-RECOVER inatokama na kuzoefu wa kliniki tu na kwa hivyo inakusudiwa tu kwa madhumuni ya kielimu kwa wahudumu wa afya kuhusu njia za matibabu zinazoweza kuthibitika kwa ajili ya Ugonjwa wa Muda Mrefu wa COVID-19. Kamwe usipuuzue ushauri wa kitaalamu wa matibabu kwa sababu ya kitu ambacho umesoma kwenye tovuti yetu na matoleo. Hii haikusudiwi kuwa kibadala cha ushauri wa kitaalamu wa matibabu, utambuzi au matibabu kwa mgonjwa yeyote. Matibabu ya mgonjwa binafsi yamedhamiriwa na sababu nyingi na kwa hivyo yanapaswa kutegemea uamuzi wa daktari wako au mhudumu wa afya aliyehitimu. Tafuta ushauri wao kila wakati ukiwa na maswali yoyote kuhusu hali yako ya kimatibabu au afya.



Tafadhali angalia sasisho za itifaki zetu mara kwa mara!
Mapendekezo yetu ya dawa na dozi zinaweza kusasishwa wakati tafiti zaidi za kisayansi zinaibuka.