



اوست، بینا و نور

تاریخ: ۱۴۰۲/۰۳/۲۷  
شماره: TORC/02/325  
پیوست: دارد

جناب آقای دکتر واعظی  
معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی البرز

موضوع: ارسال «راهنمای بالینی مسمومیت با متانول در چشم- مراقبت عصب بینایی در دوره حاد»

سلام و درود

احتراماً، پیرو بروز مسمومیت با مصرف مشروبات الکلی در آن استان، «راهنمای بالینی مسمومیت با متانول در چشم- مراقبت عصب بینایی در دوره حاد» جهت بهره‌برداری فوریتی ارسال می‌شود.

چشماتان پرفروغ  
دکتر علی‌رضا لاشینی

رئیس مرکز تحقیقات دمازی در چشم پزشکی اجتماعی

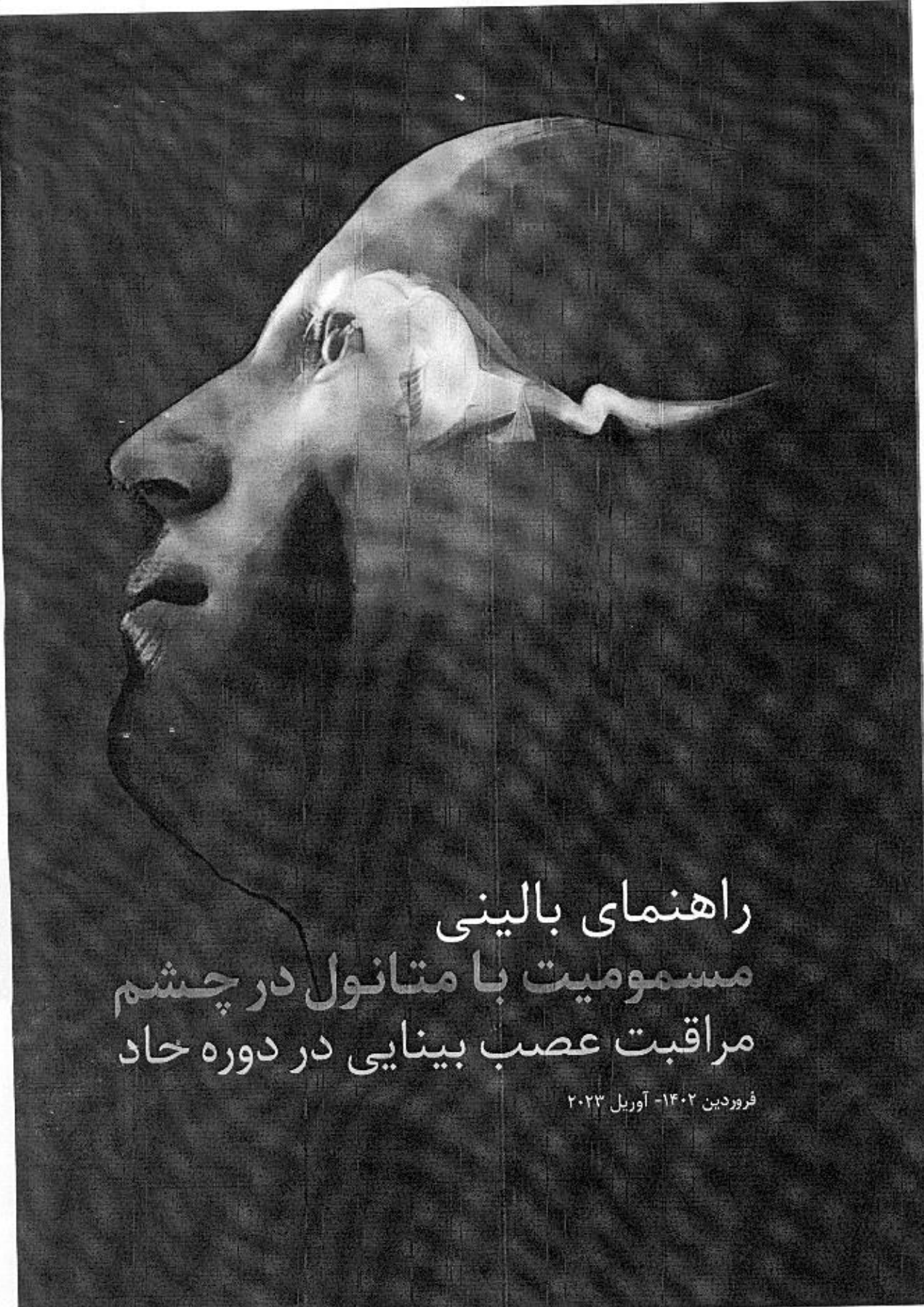
پی‌نوشت، راهنما در پیوند ذیل نیز قابل دسترسی، داتلود و به اشتراک گذاری است:

<http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.24395.16169>

رونوشت

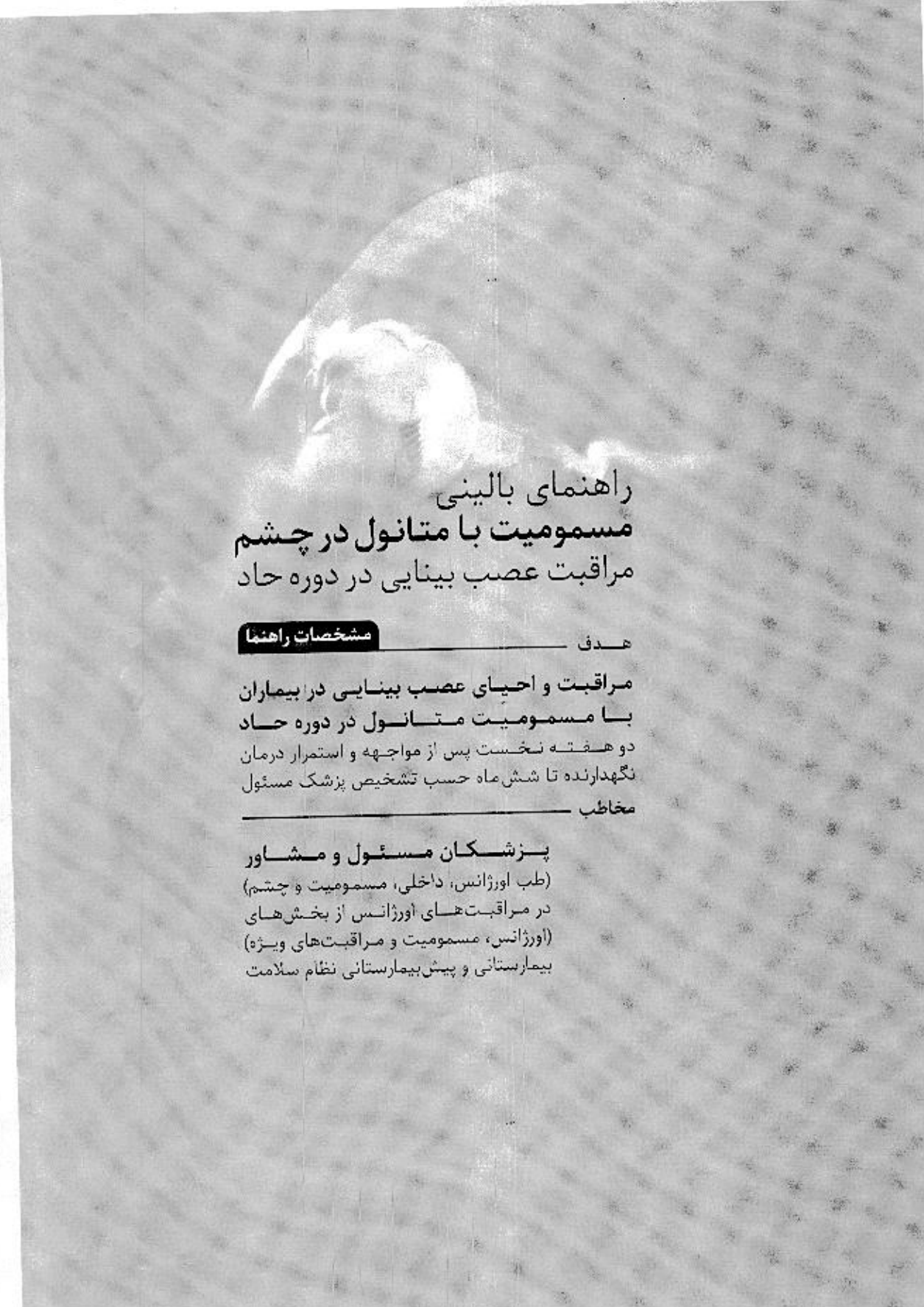
دفتر محترم ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت، معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
معاونت محترم درمان، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
معاونت محترم تحقیقات و فناوری، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
انجمن محترم چشم پزشکی ایران

دکتر اعظمی  
مصطفی  
۱۴۰۲/۰۳/۲۹

A black and white artistic illustration of a man's profile, facing left. The man has a mustache and a goatee. A large, white, multi-petaled flower is positioned in the area of his eye, appearing to be part of his face. The background is dark and textured.

راهنمای بالینی  
مسمومیت با متانول در چشم  
مراقبت عصب بینایی در دوره حاد

فروردین ۱۴۰۲ - آوریل ۲۰۲۳



## راهنمای بالینی مسمومیت با متانول در چشم مراقبت عصب بینایی در دوره حاد

### مشخصات راهنما

هدف

مراقبت و احیای عصب بینایی در بیماران  
با مسمومیت متانول در دوره حاد  
دو هفته نخست پس از مواجهه و استمرار درمان  
نگهدارنده تا شش ماه حسب تشخیص پزشک مسئول

مخاطب

پزشکان مسئول و مشاور  
(طب اورژانس، داخلی، مسمومیت و چشم)  
در مراقبت‌های اورژانس از بخش‌های  
(اورژانس، مسمومیت و مراقبت‌های ویژه)  
بیمارستانی و پیش‌بیمارستانی نظام سلامت

## خبرگان



دکتر کاوه ابری اقدم گروه چشم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران  
 دکتر مسعود اقصایی فرد گروه چشم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
 دکتر محمد پاکروان گروه چشم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه علوم پزشکی آرکانزاس  
 دکتر محمد سلیمانی گروه چشم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه ایلینویز شیکاگو  
 دکتر صهبا فکری گروه چشم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

## مجریان و پژوهشگران



• دکتر نجمه بهمن زیاری  
 مرکز تحقیقات چشم پزشکی اجتماعی دمازی

• دکتر محمدعلی کفاشیان  
 مرکز تحقیقات چشم پزشکی اجتماعی دمازی

• دکتر علیرضا لاشیعی  
 رئیس واحد مدیریت دانش بالینی چشم پزشکی، مرکز تحقیقات چشم پزشکی ترجمانی

• دکتر سید فرزاد محمدی  
 معاون فنی واحد مدیریت دانش بالینی چشم پزشکی، مرکز تحقیقات چشم پزشکی ترجمانی  
 بیمارستان فارابی  
 دانشگاه علوم پزشکی تهران



## با همکاری

اداره اورژانس بیمارستانی مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی  
 معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
 دکتر فرزاد رحمانی



انتشار: فروردین ۱۴۰۲ - پیشنهاد بازبینی: فروردین ۱۴۰۵

دو ویرایش مقدماتی و سابق در اردیبهشت و مردادماه ۱۴۰۱ در پاسخ به طغیان‌های مسمومیت با متانول تدوین و ارسال شد.



## فهرست مطالب راهنمای بالینی مسمومیت با متانول در چشم مراقبت عصب بینایی در دوره حاد

- 1 مبانی مراقبت
- 1 اقدامات چشم پزشکی
- 1 کنترل اندیکاسیون‌ها و تداخلات دارویی مداخلات احیای عصب بینایی  
(درمان‌های اریتروپویتین و متیل پردنیزولون)
- 2 تجویز اریتروپویتین و متیل پردنیزولون
- 2 توصیه‌های دارویی حمایتی
- 2 پیگیری
- 2 توصیه برای بخش‌های بستری و منزل
- 2 مراجع
- 2 خلاصه اجرایی

اقدامات اولیه درمانی حمایتی، اصلاح وضعیت اسید و باز خونی و الکترولیت‌ها، همودیالیز، تجویز اتانول و درمان‌های کلیدی دیگر (مانند تزریق متیل پیرازول) به منظور پایدار نمودن وضعیت بیمار و سم‌زدایی انجام می‌شود.

در این خصوص، «شبه‌نامه برخورد پزشکی با مسمومیت حاد متانول» ستاد پدافند غیر عامل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل استفاده است (۱).

**مبانی مراقبت |** بادآوری مهم: در نظر داشته باشید که مراقبت فرد مسموم شده، در دامنه کاری پزشکی مسمومیت، مراقبت ویژه و متخصص طب اورژانس یا داخلی است. چشم‌پزشک، نقش مشاور را بر عهده دارد و نتایج درمانی را از نظر چشم‌پزشکی پایش و مداخلات مراقبت و احیای عصب بینایی را توصیه و تجویز می‌کند.

پس از بستری بیمار مراجعه‌کننده با مسمومیت متانول،

• **حدت بینایی در صورت هوشیاری و همکاری بیمار (حتی به روش شمارش انگشتان)** (مراجع: ۱۲، ۳-۱۸، ۱۶-۲۸) (2a-A)

• **تصویربرداری‌های سنتی و نوین شبکیه و عصب بینایی در راستای مستند نمودن و پیگیری آنروفی شبکیه و عصب بینایی** (به خلاصه اجرائی مراجعه نمایید) (مراجع: ۸، ۳-۱۲، ۱۰-۲۷) (2b-A)

• **انجام آزمایشات خون (شامل: CBC، diff، BUN، Cr، FBS، p11، سطح یناسیم، سطح آنزیم‌های کبدی و سطح خونی متانول) و درخواست مشاوره سرویس داخلی برای شروع اریتروپویتین (Eprex) و متیل پردنیزولون** (مراجع: ۱، ۲۰، ۲۱-۲۵، ۱۰-۱۶) (2b-A)

**اقدامات چشم‌پزشکی |** راهنمای حاضر برای احیای عصب بینایی تدوین شده است و با تشخیص هر میزان افت حدت بینایی متناسب به مسمومیت متانول توصیه می‌شود. در تعهد پزشک مسئول است که در ۴۸ ساعت اول مواجهه با فرد مسموم، مشاوره اورژانس چشم‌پزشکی درخواست نماید. ویزیت چشم‌پزشکی (بررسی و ثبت حدت بینایی و معاینه عصب بینایی) در زمان بستری نیز برای هر ۴۸ ساعت توصیه می‌شود.

- **معاینات اولیه چشم‌پزشکی شامل موارد ذیل است:**
- **نقص نسبی آوران مردمک** (مراجع: ۳، ۷، ۲۰-۲۱) (3-A)

• **متیل پردنیزولون** با برخی از داروهای درمان تشنج (مانند فنوباریتال، فنیوتین)، داروهای ترومبولیتیک مانند کلوپیدوگرل، رقیق‌کننده‌های خون مانند وارفارین، مسکن‌های ضد التهابی غیراستروئیدی (مانند ایبوپروفن، سلکوکسیب، آسپرین، سالیسیلات)، ضد قارچ‌های آزولی (مانند ایتراکونازول، کتوکونازول)، آنتی‌بیوتیک‌های ماکروئیدی (مانند کلاریترومایسین، اریترومایسین)، مهارکننده‌های پروتئاز HIV (مانند ریتوناویر)، ریفامایسین‌ها (مانند ریفاپین)، آلدسلوگین، میفپریستون، دابیگاتران، سیکلوسپورین، مخمر سنت جان و تپالرویر

• **بایستی در نظر داشت که دو درمان اصلی در دوز بالایی انجام می‌شوند و تداخل دارویی بسیار گسترده‌تری برای آن‌ها ذکر شده است از جمله با داروهای بیولوژیک (آنتی‌بادی‌های درمانی). از این رو، پایش سطح سرمی داروها و دریافت مشاوره‌های تخصصی از سوی فارماکولوژیست نیز توصیه می‌شود.**

## کنتراندیکاسیون‌ها و تداخلات دارویی مداخلات احیای عصب بینایی (درمان‌های اریتروپویتین و متیل پردنیزولون)

- ◀ **فاصله سنی توصیه شده راهنما، ۱۵ تا ۶۵ سال است.**
- ◀ **تزریق برای زنان باردار یا در حال شیردهی توصیه نمی‌شود.**
- ◀ **تزریق برای افراد دارای نقص ایمنی و بیماری‌های شناخته‌شده سیستمیک (همچون بیماری‌های دیابت، آرتریت روماتوئید، ایدز و نظایر آن‌ها) توصیه نمی‌شود.**
- ◀ **مشمول افراد با فشارخون کنترل نشده نمی‌شود.**
- ◀ **مشمول افراد با سابقه ترومبوآمبولی، تشنج و نارسایی مزمن کبد نمی‌شود.**
- **تداخلات دارویی ذیل نیز مورد توجه قرار گیرند:**
- **اریتروپویتین با داروهای لتالیدومید، پومالیدومید، تالیدومید، ناندرولون و سیکلوسپورین**

## تجویز اریتروپویتین | ایجاد شرایط پایه برای و متیل پردنیزولون | دریافت دارو: در صورت

Hb > 17، بیمار یا ۱۰۰۰ سی سی سرم نرمال سالین هیدراته و Hb مجدد چک می‌شود؛ در صورت استمرار Hb بالاتر از ۱۷، قصد خون به میزان ۳۵۰ میلی لیتر صورت می‌پذیرد (4-8).

• با فرض سطح Hb کمتر از ۱۶ و pH نرمال خون: آمپول اریتروپویتین ۱۰ هزار واحد، هر ۱۲ ساعت طی ۳ روز متوالی به صورت انفوزیون وریدی داخل سرم نرمال سالین در مدت زمان ۲-۳ ساعت تزریق می‌شود (مراجع ۶، ۲، ۴-۱۲، ۸-۱۵، ۲۵-۸).

• کنترل فشار خون، ضربان قلب و تنفس، قبل، حین و پس از دریافت دارو: در صورت بروز اختلال در علائم حیاتی بیمار، تزریق دارو در لحظه قطع شده و به پزشک اطلاع داده می‌شود. افراد بالای ۴۰ سال، پیش از دریافت اریتروپویتین نیازمند مشاوره و مجوز قلبی-عروقی هستند.

## توصیه‌های درمانی با دوز بالاتر (کمتر توصیه شده)

- تزریق اریتروپویتین تا ۲۰ هزار واحد و برای ۵ روز (مراجع ۵، ۸، ۶، ۲۵-۸)
- انفوزیون ذکر شده متیل پردنیزولون تا ۵ روز (مراجع ۱۰، ۱۲، ۸-۲۵)

## توصیه‌های دارویی حمایتی | تجویز داروهای

ذیل از روز نخست درمان و ادامه تا پس از ترخیص پایبندی مدنظر باشد:

- آمپول MgSO<sub>4</sub>: ۲ گرم با انفوزیون آهسته وریدی، ۲ بار در روز تا ۵ روز (در ۵۰۰ سی سی نرمال سالین طی ۲-۴ ساعت یا داخل میکروست جداگانه انفوزیون) (4-8)
- ویتامین B12: ۱۰۰ میلی گرم، روزانه به مدت ۱ ماه (مراجع ۱۲، ۱۰، ۱۴، ۸-۲۵) یا آمپول نوروبیون، هفتگی به مدت ۵ هفته به صورت تزریق عمیق عضلانی (مراجع ۵) (8-4)
- اسید فولیک: ۱۰ میلی گرم روزانه به مدت ۱ ماه (مراجع ۵، ۱۲، ۱۴، ۸-۲۵)؛ برخی با استمرار درمان‌های با دوز بالاتر، اسید فولیک را نیز تا ۶ ماه تجویز می‌کنند. دیگر درمان‌های مطرح شده:
- کپسول Red CoQ10: ۳۰۰ میلی گرم، روزانه به مدت ۱ تا ۳ ماه (4-8)
- قرص ممانتین: ۱۰ میلی گرم روزانه به مدت ۶ ماه (4-8)

- آمپول متیل پردنیزولون: ۲۵۰ میلی گرم هر ۶ ساعت (و یا ۵۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت) به مدت ۳ روز به صورت انفوزیون وریدی داخل سرم نرمال سالین طی مدت زمان ۱ ساعت تزریق می‌شود. در ادامه قرص پردنیزولون ۱ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن، روزانه به مدت ۱۱ روز (مجموعاً دو هفته) ادامه یافته (مراجع ۵، ۳-۸، ۷، ۳-۹، ۸-۲۵)، سپس در طول ۱/۵ ماه بعد به تدریج قطع (مصرف هفتگی یک یا دو مرتبه) می‌شود (4-8).

- بررسی سطح قند و پتاسیم خون به صورت روزانه (4-8).
- کنترل فشار خون، ضربان قلب و تنفس، قبل، حین و پس از دریافت دارو: در صورت وجود هر گونه تغییر در علائم حیاتی بیمار، تزریق دارو قیفاً قطع شده و به پزشک اطلاع داده می‌شود.

- تکرار پالس ۳ روزه اریتروپویتین و متیل پردنیزولون به فاصله هر ۳ هفته ۳ مرتبه؛ سپس هر یک ماه، تکرار پالس ۱ روزه تا ۶ ماه (4-8)

- در صورت اتخاذ رویکرد پالس، آزمایشات خون ذکر شده (از جمله Hb) تکرار می‌شود.

## پیگیری | ویزیت ماهیانه بیمار در صورت استمرار درمان

پالس یا درمان‌های حمایتی توصیه می‌شود.

## توصیه برای بخش‌های بستری و منزل |

- نوشیدن فراوان مایعات و پرهیز از مصرف آبمیوه‌های صنعتی و مواد غذایی حاوی میزان بالای مواد قندی
- راه رفتن بیمار (به کمک همراه) در بخش و منزل و پرهیز از استراحت طولانی مدت
- رژیم غذایی پرفیبر حاوی میوه و سبزیجات
- پرهیز از مصرف دخانیات از جمله سیگار و قلیان
- پرهیز از مصرف مشروبات الکلی

1. Guideline for Medical Approach to Methanol Toxicity. Ministry of Health and Medical Education. 2018. Available from: <https://baharestan.iiums.ac.ir/files/baharestan/files/shivce.pdf>
2. Liberski S, Kaluzny BJ, Kocięcki J. Methanol-Induced Optic Neuropathy: A Still-Present Problem. *Arch Toxicol*. 2022;96(2):431-451. doi: 10.1007/s00204-021-03202-0. {3-A}
3. Akhtar N, Khan N, Haque F. Role of High Dose Intravenous Methylprednisolone and Visual Evoked Potential (VEP) in The Management of Methyl Alcohol Poisoning: A Case Series Report. *IP Int J Ocul Oncol Oculoplasty*. 2021; 7 (3) : 323 - 327 . <https://doi.org/10.18231/ijoo.2021.068> {3-A}
4. Karimi S, Arabi A, Shahraki T. Alcohol and the Eye. *J Ophthalmic Vis Res*. 2021;29;16(2):260-270. doi: 10.18502/jovr.v16i2.90893 {3-A}
5. Nekoueifard S, Majidi M. Subcutaneous Erythropoietin Reverses Optic Neuropathy Induced by Methanol Poisoning: Three Case Reports. *Iranian Journal of Toxicology*. 2020; 14 (3) : 187 - 192 . <http://dx.doi.org/10.32596/ijt.14.3.537.2>{3-A}
6. Pakdel F. Erythropoietin in Methanol Associated Optic Neuropathy: A Phase-2 Clinical Trial. *Investig Ophthalmol Vis Sci*. 2019 ARVO Annual Meeting, Vancouver, Canada, April 28 -May 2, 2019 [Conference abstract] {2a-A}
7. Ma Z, Jiang H, Wang J. Clinical Analysis of Severe Visual Loss Caused by Inhalational Methanol Poisoning in A Chronic Process with Acute Onset: A Retrospective Clinical Analysis. *BMC Ophthalmol*. 2019;19(1):124. doi: 10.1186/s12886-019-1127-9. {3-A}
8. Pakdel F, Sanjari MS, Naderi A, Pirnarzdashti N, Haghighi A, Kashkoui MB. Erythropoietin in Treatment of Methanol Optic Neuropathy. *J Neuroophthalmol*. 2018;38(2):167-171. doi: 10.1097/WNO.0000000000000614. {3-A}
9. Zamani N, Hassanian-Moghaddam H, Shojaei M, Rahimian S. Evaluation of The Effect of Erythropoietin + Corticosteroid Versus Corticosteroid Alone in Methanol-Induced Optic Nerve Neuropathy. *Cutan Ocul Toxicol*. 2018;37(2):186-190. doi: 10.1080/15569527.2017.1373121. {3-A}
10. Pakravan M, Esfandiari H, Sanjari N, Ghahari E, Hassanpour K. Additive Effect of Erythropoietin on Conventional Treatment of Methanol Induced Toxic Optic Neuropathy. *Bina Journal of Ophthalmology*; 2017; 22(3):225-218. URL: <http://binajournal.org/article-1-878-en.html> {2b-A}
11. Aghdam KA, Sanjari MS, Falavarjani KG. Erythropoietin in Ophthalmology: A Literature Review. *Journal of Current Ophthalmology*. 2016; 1;28(1):5-11. <https://doi.org/10.1016/j.joco.2016.01.008> {3-A}
12. Pakravan M, Esfandiari H, Sanjari N, Ghahari E. Erythropoietin as an Adjunctive Treatment for Methanol-Induced Toxic Optic Neuropathy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2016; 42:6, 633-639. doi: 10.1080/00552990.2016.1198800. {3-A}
13. Kartika A, Setiohadji B. Methanol Toxic Optic Neuropathy: Clinical Characteristics and Visual Acuity Outcome after High-Dose Methylprednisolone. *Neuro-Ophthalmology Japan*. 2016; 33(4): 421-427. <https://doi.org/10.11476/shinkeiganka.33.421> {3-A}
14. Pakravan M, Sanjari N. Erythropoietin Treatment for Methanol Optic Neuropathy. *J Neuroophthalmol*. 2012;32(4):325-8. doi: 10.1097/WNO.0b013e318262a7c2. {3-A}
15. Sanaei-Zadeh H. Methanol-Induced Blindness Treated by Erythropoietin; A Ray of Hope in The Darkest of Clouds. *Military Medical Science Letters*. 2012;81(4):188-189. doi: 10.31482/mmml.2012.026. {3-A}
16. Sharma R, Marasini S, Sharma AK, Shrestha JK, Nepal BP. Methanol Poisoning: Ocular and Neurological Manifestations. *Optometry and vision science*. 2012; 1;89(2):178-82. DOI: 10.1097/OPX.0b013e31823ee128. {3-A}
17. Abrishami M, Khalifeh M, Shoayb M, Abrishami M. Therapeutic Effects of High-Dose Intravenous Prednisolone in Methanol-Induced Toxic Optic Neuropathy. *J Ocul Pharmacol Ther*. 2011;27(3):261-3. doi: 10.1089/jop.2010.0145. {3-A}
18. Shukla M, Shikoh I, Saleem A. Intravenous Methylprednisolone Could Salvage Vision in Methyl Alcohol Poisoning. *Indian J Ophthalmol*. 2006;54(1):68-9. doi: 10.4103/0301-4738.21628. {3-A}



## خلاصه اجرایی | طی سال‌های اخیر، گزارشات

مسمومیت با متانول در کشور افزایش یافته است. هر چند ضیق آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۹، مصرف سرانه الکل در ایران در پایین‌ترین سطح و کمتر از ۲/۵ لیتر در سال (مصرف ۱/۰۱ لیتر الکل خالص برای هر فرد در سن ۱۵ سالگی و بالاتر) است اما به سبب ممنوعیت تولید، توزیع و مصرف آن، شاهد پدیده قاچاق مشروبات الکلی و مصرف مشروبات دست‌ساز هستیم.

این مسئله، احتمال مسمومیت افراد با مصرف مشروبات الکلی آلوده به متانول را افزایش داده است که از جمله اثرات حیران و بازگشت‌ناپذیر آن، نابینایی، کم‌بینایی شدید و به دنبال آن ویران شدن زندگی فرد و خانواده وی و تحمیل هزینه سنگین به نظام سلامت است. از این رو، انجام اقدامات مؤثر و مناسب در این خصوص، در همه سطوح مداخله و پیشگیری حائز اهمیت است.

راهنمای حاضر، صرفاً در بعد مراقبت کوتاه مدت مسمومیت عصب بینایی با متانول تدوین شده و مکمل «شیوه‌نامه برخورد پزشکی با مسمومیت حاد متانول» ستاد پدافند غیر عامل وزارت بهداشت است.

در ازديبهبهشت و مرداد ماه ۱۴۰۱، طغیان مسمومیت با متانول در بندرعباس و سپس در اهواز و اردبیل بروز یافت. راهنمای مقدماتی درمان مسمومیت عصب بینایی برای معاونت‌های درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی درگیر با مسئله در آن زمان، شامل دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان و در ادامه دانشگاه‌های جندی شاپور اهواز و اردبیل ارسال شد.

همزمان، مکانیاتی با ادارات مرتبط در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انجمن چشم پزشکی و گروه‌های چشم پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی جهت تشکیل کارگروه مرتبط و معرفی نماینده برای بررسی پیش‌نویس صورت گرفت. پس از معرفی نمایندگان، نظرات خبرگان گروه‌های چشم پزشکی یادشده و دستورالعمل‌های مورد استفاده در هر یک از دانشگاه‌ها ارزیابی و همراه با مروری بر مطالعات موجود در زمینه درمان عصب بینایی در اثر مسمومیت با متانول در قالب یک راهنمای بالینی تنظیم شد.

استناد به مراجع در ساختار ذهنی رسمی پزشکی مستنی بر شواهد صورت پذیرفته است (جدول ۱). در نهایت، راهنمای بالینی تهیه شده به منظور تأیید نهایی برای خبرگان ارسال و مورد اجماع قرار گرفت.

جدول ۱. طبقه‌بندی ارتباط و قدرت شواهد مورد استناد در راهنما

### Evidence Strength Levels

Evidence from a multicenter randomized trial	1a
Evidence from a meta-analysis of randomized trials	1b
Evidence from at least one randomized trial	1c
Evidence from one well-designed controlled study without randomization	2a
Evidence from at least one other type of well-designed quasi-experimental study	2b
Evidence from well-designed non-experimental studies such as comparative studies, correlation, and case reports	3
Evidence from expert committee reports or opinions or clinical experience of respected authorities	4

### Evidence Relevance Categories

Same patient population and clinical scenario	A
Same clinical scenario but different patient population	B
Same patient population but different clinical scenario	C
Different patient population and clinical scenario	D

## پیشنهادات | نظر به کاستی شواهد از نظر ارتباط و قدرت و عدم

انجام و انتشار حتی یک مورد کار آزمایی بالینی تصادفی منتشر شده با مرور همتایان (که از دلایل احتمالی آن عدم وقوع چنین پیشامدهایی در سطح جهان است)، مقتضی است راهنمای بالینی جاری و مداخلات توصیه شده آن، ترجیحا در قالب کار آزمایی‌های بالینی تصادفی ثبت شوند تا در آینده شواهد بهتری در اختیار قرار دهند؛ هر چند امیدوار به کاهش وقوع چنین رویدادهایی هستیم اما هر طغیان دیگر، قابل تعریف شدن به عنوان کار آزمایی بالینی مطابق این راهنما خواهد بود.

استفاده از بیومارکرهای دیجیتالی نوین شبکه و عصب بینایی، مبتنی بر OCT<sup>2</sup> (در اشکال مختلف آن شامل: OCTA<sup>3</sup>، RNFL-OCT<sup>4</sup> و EDI-OCT<sup>5</sup>) در این قسم کار آزمایی‌های بالینی ضروری است.

- توصیه می‌شود در تیم خبرگان بلاننگری‌های آینده، نمایندگان از انجمن‌های علمی چشم پزشکی، نورولوژی، داروسازی و سم‌شناسی و مسمومیت‌ها حضور داشته باشند.
- توصیه می‌شود، تأمین (تولید و یا واردات) داروهای کلیدی مرتبط مانند متیل پیرازول از سوی مراجع مسئول صورت پذیرد.

2. Optical Coherence Tomography

3. Optical Coherence Tomography Angiography

4. Retinal Nerve Fiber Layer

5. Enhanced-Depth Imaging

# راهنمای بالینی مسمومیت با متانول در چشم مراقبت عصب بینایی در دوره حاد

فروردین ۱۴۰۲ - آوریل ۲۰۲۳



مركز تخصصی  
عصب‌شناسی اجتماعی ایران



مركز تحقیقات  
چشم پزشکی  
تخصصی