

تست CSM

(ارائه شده در گفتگوی علمی گروه اپتومتری روشنا)

استاد حسن مصوری

۹۴/۱۰/۲۵



گروه اپتومتری روشنا

تست CSM یا همان Centrat Steady Maintaint تست ساده ایست که با یک چراغ قوه و کمی دقت اطلاعات مفیدی را در اختیار ما می گذارد

مریض به چراغ قوه نگاه می کنید و اکولودر را مقابل یک چشم قرار می دهیم باید سعی کنیم اکولودر هیچ گونه تماسی با پوست و صورت مریض نداشته باشد کورنیال رفلکس را مینیمم اگر سنترال و یا ۲ درجه در سمت نارال قرار داشت C وجود دارد ولی اگر مریض نتوانست به نور فیکس کند یکی از موارد زیر وجود دارد

الف: عدم همکاری مریض که اگر مریض کودک باشد با روشن و خاموش کردن و حرکت چراغ توجه کودک را جلب می کنید و اگر بزرگسال است شدیداً تذکر دهید چون احتمال عدم همکاری مریض وجود دارد

ب: کاپا انگل که اگر در سمت نازال باشد کاپای مثبت و اگر در سمت تامپرال باشد کاپا منفی که پاتولوژیک بوده و باید بدون اتلاف وقت به اساتید ارجاع می دهیم ضمناً چراغ قوه در روبروی چشم یا پل بینی فرق چندانی ندارد

ج: EF که باید صحت و یا رد آن با ویزسکوپ مشخص شده و در پرونده بیمار بر حسب پریزم ویا درجه قید گردد در بعضی از افتالموسکوپها بر مبنای درجه و در بعضی بر مبنای پریزم دوایر کشیده شده که کافی است ویزسکوپ را در فاصله یک متری دیوار روشن کنید و با خط کش حد فاصل دو دایره متوالی را اندازه گیری کنید اگر یک سانتیمتر بود بر مبنای پریزم و اگر ۷/۱ سانتی متر بود بر مبنای درجه رسم شده ضمناً معاینه کننده کاملاً روبروی مریض قرار می گیرد تا دقیقتر بتواند بررسی کند EF باعث کاهش زاویه ابجکتیو شده که باید زمان دویو متری با زاویه ابجکتیو جمع گردد

اختلاف بین کاپا انگل و EF در این است که در کاپا انگل مقدار جابجایی نور در دو چشم مساوی ولی در EF جابجای کورنال رفلکس در دو چشم متفاوت است EF فقط در یک بیماری که ارثی و کونجیتال و پاتولوژیک است در دو چشم وجود دارد و در بقیه موارد تک چشمی است

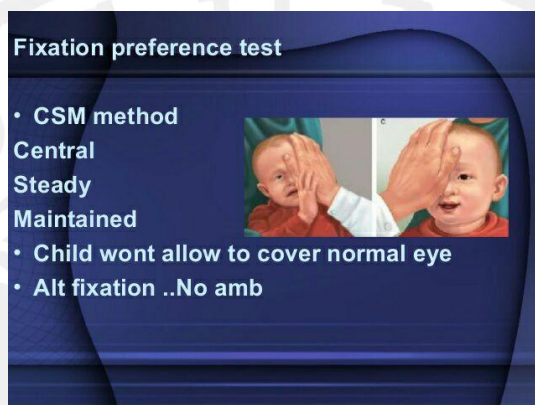
د: مشکلات و در گیریهای ماکولا که تایید و یا رد آن با افتالموسکوپی قابل بررسی است مثل توکسو پلاسماویس و یا اشتاو گارت

ه: در گیری راههای بینایی که با چک رفلکس مردمک بنور مستقیم، غیر مستقیم و به نزدیک قابل بررسی است

موارد ج و د و ه باعث افت دید شده پس اختلاف دید شدید در دو چشم وجود خواهد داشت

اگر C نرمال بود اکولودر را از جلو چشم مریض برداشته بدون اینکه چراغ قوه را جابجا کنیم اگر مریض قادر بود فیکسایون را ادامه بدهد که چه بهتر و اگر نبود یعنی اختلاف دید با هم وجود دارد که عامل آن می تواند آمبلیوپی و نیز متروپی و یا کدورت مدیای چشم می باشد. به بررسی دید دو چشم نسبت به هم که در این مرحله Steady بررسی شد و حالا چراغ قوه را حدود چند سانتی متر به چپ راست حرکت می دهیم اگر باز هم توانست فیکسایون را ادامه دهد پس maintain هم وجود دارد حالا تمام مراحل فوق را در چشم دیگر انجام می دهیم اگر هر دو چشم CSM وجود داشت پس اختلاف زیادی بین دید دو چشم وجود ندارد لذا از بررسی CSM در مورد افرادی که ادعا می کنند یک چشمشان کور است یا خیلی کمتر می بیند استفاده نمود ولی وجود CSM دال بر دارا بودن دید ۱۰/۱۰ نیست چرا که در بعضی از بیماری ها مانند RP که هر دو چشم در گیر علی رغم CSM نرمال هر دو چشم ولی دید هر دو چشم افت دارد

کاپای منفی را فقط به این دلیل ذکر کردم که در کودکانی که بدلیل سودو ایزوتروپی مراجعه می کنند بصرف کاور تست اکتفا نکنید و نگویید ریشه بینی پهن است بلکه حتما کاپا انگل را هم بررسی کنید چون در کاپای منفی زمان خیلی مهم است



در عکس بالا بدلیل تماس دست معاینه کننده مریض مقاومت کرده و باعث شده تیلت وترن ایجاد کند که بررسی شما را دچار اشکال می کند چون کورنیال رفلکس جابجا می شود

یک پریزم دیوپتر در فاصله یک متری، یک سانتیمتر جابجایی تصویر می دهد ولی هر درجه ۷/۱ پریزم می باشد لذا اگر نور ویزسکوپ را از فاصله یک متری به دیوار بتابانیم و فاصله دو دایره را با خط کش اندازه گیری کنیم اگر یک سانتی بود بر حسب پریزم واگر ۷/۱ سانتی بود بر حسب درجه می باشد

بله ولی در ایزو تروپها هم در سمت تامپرال است ولی در ET در یک چشم ولی در کاپای منفی در دو چشم دیده می شود

در مورد کودکانی که پل بینی پهن دارند مشخصا این تست چه کمکی میتواند بکند؟

چون معمول این است که با هریشبرگ و کاورتست نتیجه گیری می کنیم و حال اینکه ممکن است مریض کاپایی منفی داشته باشد ومتوجه نشویم