

Nguyên tắc thăm khám

Mary Ellen Honeyfield, DNP, RN, NNP-BC

1

Bản dịch: NT HN

Tầm quan trọng của việc tiếp cận khám lâm sàng trẻ sơ sinh với một sự chuẩn bị dự đoán không thể nhấn mạnh đủ. Lần khám đầu tiên này mang lại cơ hội đặc biệt để nhận biết sớm bất kỳ vấn đề nào mà trẻ có thể gặp phải. Xem mỗi trẻ sơ sinh như một bí ẩn cần được khám phá đòi hỏi sự tò mò cần trọng từ người khám. Việc trẻ sơ sinh không thể cung cấp thông tin bằng lời nói thách thức mức độ tinh tế trong kỹ năng của người khám. Khi người khám xem trách nhiệm này như một thử thách chẩn đoán, việc thăm khám sức khỏe trẻ sơ sinh mang lại sự hài lòng cả về mặt cá nhân lẫn nghề nghiệp, mặc dù phần lớn trẻ được khám đều bình thường.

Ban đầu, người khám chưa có kinh nghiệm thấy việc thăm khám tốn nhiều thời gian. Sự thiếu quen thuộc với các dụng cụ cần thiết và ít thực hành các kỹ năng cơ bản đều làm chậm quá trình khám. Thực tế, sinh viên thường xem trẻ sơ sinh như một chuỗi các hệ cơ quan cần kiểm tra. Sự lặp lại và kinh nghiệm giúp người khám học cách nhìn nhận trẻ sơ sinh như một tổng thể và xử lý đồng thời nhiều quan sát trong khi đánh giá từng cơ quan riêng lẻ. Ví dụ, nếu một trẻ trước đó đang yên lặng bỗng khóc lên khi sờ bụng, người khám có kinh nghiệm vẫn tiếp tục khám bụng nhưng đồng thời ghi nhận chất lượng tiếng khóc, màu sắc của trẻ khi khóc, nỗ lực hô hấp, cử động khuôn mặt, lưỡi, độ nguyên vẹn của vòm miệng, và sự vận động của các chi.

Năng lực lâm sàng được phát triển xuyên suốt quá trình hành nghề. Với kinh nghiệm, mỗi bác sĩ lâm sàng sẽ hình thành cách tiếp cận riêng của mình đối với việc thăm khám trẻ sơ sinh. Trình tự thực hiện cuộc khám không quan

trọng bằng việc xây dựng một phương pháp tiếp cận nhất quán và có tổ chức. Sự nhất quán – tức là thực hiện khám trẻ sơ sinh theo cùng một cách có tổ chức mỗi lần – sẽ tối đa hóa lượng thông tin thu được từ mỗi lần khám, từ đó làm tăng vốn hiểu biết của người khám và bảo đảm rằng không phần nào của cuộc khám bị bỏ sót một cách vô tình.

KỸ THUẬT THĂM KHÁM

Quan sát

Quan sát, hay còn gọi là nhìn, là kỹ thuật thăm khám quan trọng nhất mà người hành nghề cần nắm vững. Tuy nhiên, quan sát cũng là kỹ năng khó nhất để người mới bắt đầu đưa vào cách tiếp cận lâm sàng của mình. Thường thì bản năng đầu tiên của các bác sĩ lâm sàng mới vào nghề là chạm vào trẻ, nói chuyện và mở khăn quấn trẻ, có thể làm trẻ giật mình và bỏ lỡ cơ hội quan sát tình trạng ban đầu của trẻ.

Vào năm 1860, Florence Nightingale đã viết những suy nghĩ về nghệ thuật và kỹ năng quan sát:

Trong những trường hợp trẻ nhũ nhi, mọi thứ đều phụ thuộc vào khả năng quan sát chính xác của y tá hoặc người mẹ... vì có thể nói một cách chắc chắn rằng không phải thói quen quan sát nhanh nhạy và chính xác tự nó sẽ khiến chúng ta trở nên hữu ích... mà là thiếu nó, chúng ta sẽ trở nên vô dụng

dù chúng ta có tận tâm đến đâu...Nếu bạn không thể hình thành thói quen quan sát bằng cách này hay cách khác, thì tốt hơn bạn nên từ bỏ..., vì đó không phải là thiên hướng của bạn, cho dù bạn có tốt bụng và tận tâm đến mấy.¹

Bằng cách sử dụng giác quan thị giác và thính giác, người khám quan sát trẻ, đánh giá và đưa ra quyết định dựa trên những gì đã thấy hoặc nghe được. Một quan sát cụ thể có thể cảnh báo người khám cần đánh giá kỹ hơn một hệ cơ quan nào đó. Ví dụ, quan sát thấy vùng trước tim hoạt động mạnh sẽ hướng người khám đến việc đánh giá cẩn thận hệ tim mạch. Nghe tim có thể phát hiện tiếng thổi. Phát hiện này có thể hướng người khám sờ nắn vùng trước tim và các mạch đập ngoại biên, đồng thời đo huyết áp tứ chi – nhuvngx hành động vốn không phải là một phần thông thường trong thăm khám một trẻ sơ sinh trông hoàn toàn khỏe mạnh.

Người khám có thể thu thập phần lớn thông tin cần thiết cho một cuộc thăm khám hoàn chỉnh chỉ bằng việc quan sát (Bảng 1.1).

Nghe

Nghe là một kỹ năng lắng nghe các âm thanh do cơ thể tạo ra (vd, nghe phổi, tim và nhu động ruột). Nghe trực tiếp bao gồm việc áp tai người khám lên bề mặt cơ thể. Một số âm thanh như thở rít thanh quản, thở khò khè và thở rên có thể nghe được chỉ bằng cách ở gần trẻ. Nghe gián tiếp (trung gian) qua ống nghe để nghe những âm thanh tương tự.

Việc nghe gián tiếp chính xác ở trẻ sơ sinh đòi hỏi sử dụng ống nghe có đầu nghe hai mặt kích thước nhi khoa, gồm chuông mờ và màng đóng. Ống nghe nên được đặt chắc chắn trên da trần của trẻ, không đặt lên quần áo. Trẻ nằm yên và môi trường yên tĩnh, cùng với phòng âm và ống nghe được làm âm, sẽ giúp việc nghe tim phổi diễn ra thuận lợi hơn.

Sờ

Sờ là một kỹ thuật trong đó người khám sử dụng giác quan xúc giác để đánh giá các đặc điểm bề mặt lẫn sâu bên trong cơ thể. Trong quá trình sờ, đầu ngón tay, lòng bàn tay và các mặt bên của ngón tay cả hai tay được dùng để đánh giá các cấu trúc bên ngoài (vd, da, tóc), rung động (vd, mạch ngoại biên, hoạt động trước tim) và các cấu trúc bên trong (vd, gan, lách, thận). Có thể dùng một tay, hoặc kỹ thuật hai tay có thể cải thiện khả năng sờ các cơ quan sâu hơn, chẳng hạn như thận (Hình 1.1).

Để sờ chính xác, lý tưởng nhất là trẻ nằm yên và thư giãn ngay khi bắt đầu khám bụng. Tay ấm, sờ bề mặt đến tạng sâu, cùng với việc nâng hông trẻ lên khỏi giường giúp các cơ bụng thư giãn. Người khám nên cẩn thận không sờ quá sâu vào cơ quan bụng nông, như gan và lách, vì đầu ngón tay có thể cảm nhận nhầm ruột thừa phân hoặc khối cơ thành bụng thay vì chính cơ quan. Khi sờ nắn các chi và các cơ quan sinh dục, hành động nằm nhẹ bằng các ngón tay được sử dụng để đánh giá các đặc điểm dễ tiếp cận như kết cấu da, tổn thương da, sự di chuyển của tinh hoàn vào bìu, khối cơ và sức cơ.

Gõ

Gõ là hành động gõ hoặc đập lên một phần cơ thể để làm các mô bên dưới chuyển động. Chuyển động này tạo ra âm thanh có thể nghe được và rung động có thể cảm nhận được, sau đó đánh giá về chất lượng và độ kéo dài của âm thanh.

Gõ gián tiếp (trung gian) được thực hiện đối với người thuận tay phải bằng cách duỗi ngón tay giữa của bàn tay trái và đặt khớp gian đốt xa chắc chắn lên phần cơ thể cần gõ. Tiếp xúc bằng bất kỳ phần nào khác của bàn tay sẽ làm thay đổi âm thanh tạo ra. Sau đó, cổ tay phải được duỗi quá mức, ngón giữa hơi gấp và 'giơ lên' để gõ vào ngón giữa bên trái.

BẢNG 1.1: QUAN SÁT TRONG THĂM KHÁM

ĐÁNH GIÁ	QUAN SÁT
Khô chịu	Biểu cảm khuôn mặt, nỗ lực hô hấp, cử động, trương lực cơ
Màu sắc da	Lưỡi, niêm mạc (hồng trung ương so với tím tái), giường móng tay, bàn tay, bàn chân (hồng ngoại biên so với tím tái), da (vàng da, tái, đỏ, tím), tưới máu, vết nhuộm phản su
Tình trạng dinh dưỡng	Mỡ dưới da, mô tuyến vú
Tình trạng dịch	Dãn vẹo da, thóp trước
Tuổi thai	Da (mịn so với bong da), sụn tai, hình dạng quầng vú và núm vú, mô tuyến vú, nếp gấp lông bàn chân, sự di chuyển của tinh hoàn, nếp gấp da, môi âm hộ
Thần kinh	Tư thế, trương lực cơ, cử động, phản ứng với kích thích, khóc, phản xạ
Hô hấp/ngực	Nhịp thở và công thở, co lõm ngực, phập phồng cánh mũi, thở rên, tiếng rít hay khò khè nghe được, hình dạng lồng ngực, núm vú (số lượng và vị trí), màu sắc da
Tim mạch	Hoạt động trước tim, diện đập cực đại có thể nhìn thấy được, tưới máu và màu sắc da
Bụng	Kích thước (đầy, chướng, săn chắc), hình dạng (tròn, lõm), tình trạng chướng (toàn bộ hoặc khu trú), sóng nhu động nhìn thấy được, quai ruột nhìn thấy được, sự phát triển cơ/trương lực, mạch mau rốn, dịch tiết từ dây rốn, đỏ quanh rốn (viêm đỏ)
Đầu	Kích thước, hình dạng, thóp, đường khớp sọ, sưng, phân bố tóc
Mắt	Hình dạng, kích thước, vị trí, đồng tử, phản xạ chớp mắt, vận động nhãn cầu, màu củng mạc, dịch tiết, khả năng nhìn cố định và dõi theo
Tai	Hình dạng, vị trí, ống tai ngoài, phản ứng với âm thanh
Mũi	Hình dạng, lỗ mũi, phập phồng cánh mũi, sóng mũi
Miệng	Hình dạng, cân đối, cử động, rãnh nhân trung, lưỡi, vòm miệng, răng bẩm sinh, nước, kích thước hàm
Cổ	Hình dạng, phạm vi cử động, u/cục
Cơ quan sinh dục (nam)	Bìu, sự di chuyển của tinh hoàn, nếp gấp da, ống bẹn, bao quy đầu, kích thước dương vật, dòng nước tiểu, lỗ tiểu, hậu môn
Cơ quan sinh dục (nữ)	Môi lớn, môi bé, âm vật, âm đạo, ống bẹn và hậu môn
Da	Màu sắc, kết cấu, độ săn chắc, chất bề nhón, u/cục, lông tơ, tổn thương (sắc tố, mạch máu, chấn thương, nhiễm trùng)
Chi	Tư thế, phạm vi cử động (cử động không chủ ý), các ngón, nếp gấp lông bàn tay, lông bàn chân, móng

Với một chuyển động nhanh xuống của cổ tay, đầu ngón giữa phải gõ vào khớp xa của ngón giữa trái (Hình 1.2). Rung động được truyền qua xương của khớp này đến các mô bên dưới

đang được gõ. Gõ trực tiếp được thực hiện bằng cách trực tiếp gõ vào bề mặt cơ thể cần đánh giá bằng đầu ngón giữa bên phải. *



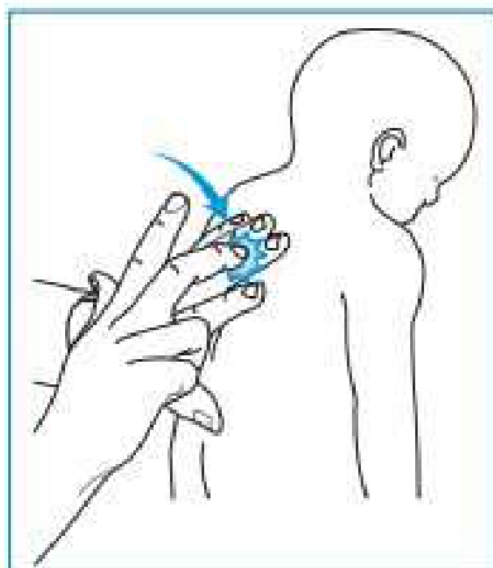
Hình 1.1 Sờ thân (bằng hai tay)

Source: From Coen RW, and Koffler H. 1987. *Primary Care of the Newborn*. Boston, MA: Little, Brown, 38. Reprinted by permission.²



Hình 1.3 Chiếu ánh sáng xuyên (Transillumination)

Source: From Jarvis C. 1992. *Physical Examination and Health Assessment*. Philadelphia, PA: Saunders, 297. Reprinted by permission.¹



Hình 1.2 Kỹ thuật gõ gián tiếp để đánh giá cấu trúc bên dưới

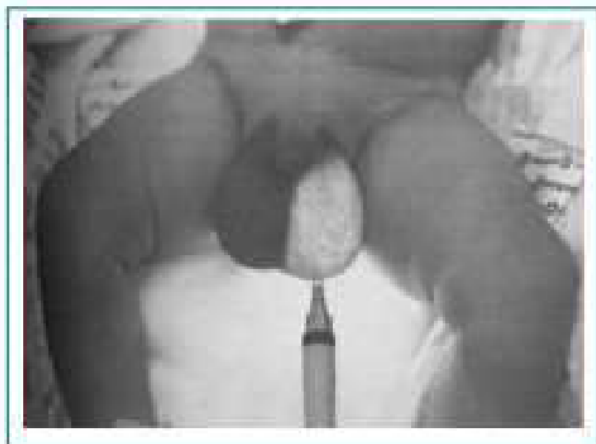
Source: Adapted from Jarvis C. 2012. *Physical Examination & Health Assessment*, 6th ed. Philadelphia: Saunders, 117. Reprinted by permission.³

Việc chuyển các âm thanh nghe được trong quá trình gõ thành các từ mô tả là điều khó khăn ngay cả trong điều kiện tốt nhất. Cần thực hành và thực hiện nhiều lần thăm khám ở trẻ sơ sinh bình thường cũng như trẻ có bệnh lý để phát triển kỹ năng mô tả các âm thanh khi gõ.

Mặc dù kỹ thuật gõ thường được dạy cho sinh viên, nhưng trong thực hành lâm sàng nó không phải kỹ năng thường được làm ở trẻ sơ sinh. Khi người khám gõ gián tiếp, nghi ngờ một bệnh lý chẳng hạn như tràn dịch màng phổi hoặc rò khí, cách tiếp cận phổ biến là chụp xquang để xác nhận chẩn đoán nghi ngờ. Do đó, phần mô tả các âm thanh sờ sờ tạo ra trong quá trình gõ đã bị loại bỏ ở đây.

Chiếu ánh sáng xuyên (Transillumination)

Chiếu ánh sáng xuyên là kỹ thuật áp dụng ánh sáng cường độ cao trực tiếp lên một bộ phận cơ thể, chẳng hạn như đầu, ngực hoặc bẹn, để đánh giá lượng ánh sáng hồng có thể nhìn thấy dưới dạng vành quang (halo) xung quanh đèn pin có vòng bảo vệ hoặc thiết bị quang sợi (Hình 1.3). Chiếu ánh sáng xuyên lên bẹn to ở trẻ sơ sinh bị tràn dịch màng tinh hoàn sẽ cho thấy một khối chứa dịch có khả năng truyền ánh sáng (Hình 1.4) thay vì một khối rắn không truyền ánh sáng, như trong trường hợp thoát vị bẹn. Giống như các kỹ thuật khám khác đã mô tả, thực hành sẽ giúp người khám biết sự khác biệt giữa vành sáng bình thường và bất thường.⁴



Hình 1.4 Chiều ánh sáng trong trần dịch màng tinh hoàn

Source: From Coen RW, and Kotfler H. 1987. *Primary Care of the Newborn*. Boston, MA: Little, Brown, 33. Reprinted by permission.²

THỜI ĐIỂM THĂM KHÁM

Thời điểm thăm khám trẻ sơ sinh phụ thuộc vào hoàn cảnh và hướng dẫn tại bệnh viện. Khám tổng quát nhanh có thể được thực hiện ngay trong phòng sinh, trừ khi trẻ đã ổn định về mặt lâm sàng và được đặt cùng mẹ. Mặc dù gây lo lắng khi cha mẹ là người đầu tiên phát hiện vấn đề, nhưng bác sĩ lâm sàng vẫn tuân thủ theo quy định của bệnh viện. Khám toàn diện được thực hiện vài giờ đầu sau sinh khi trẻ có thể tiếp cận được.* Khám hàng ngày và khám trước ra viện được tiến hành sau đó.

NHỮNG NGUYÊN TẮC TRONG KHÁM LÂM SÀNG

Một số chủ đề lặp đi lặp lại xuyên suốt quyển sách này khi thảo luận về việc khám từng cơ quan. Sự lặp lại này là có chủ ý và phản ánh tầm quan trọng của các hoạt động này. Những nguyên tắc cơ bản trong thăm khám bao gồm:

- Xem lại tiền sử chu sinh để tìm manh mối về các bệnh lý tiềm ẩn. Tiền sử của trẻ sơ sinh bắt đầu từ lúc thụ thai và bao gồm các sự kiện diễn ra trong suốt thai kỳ, chuyển dạ và sinh nở. Trẻ sơ sinh cũng bị ảnh hưởng bởi tiền sử di truyền của cả cha và mẹ, cũng như gia đình hai bên. Ví dụ, tiền sử của mẹ có bệnh đái tháo đường sẽ khiến người khám giàu kinh nghiệm đánh giá cẩn thận hệ tim mạch, hệ thần kinh và các chi.

vì trẻ sinh ra từ mẹ đái tháo đường có tỷ lệ bất thường ở các hệ cơ quan này cao hơn. Tiền sử chuyển dạ và sinh nở có thể cho thấy mẹ đã dùng thuốc giảm đau ngay trước sinh; điều này có thể giải thích tình trạng suy hô hấp và/hoặc giảm trương lực cơ ở trẻ sơ sinh. Với kiến thức này, người khám không cần tìm nguyên nhân nghiêm trọng hơn cho tình trạng suy hô hấp, miễn là nhịp thở hoặc trương lực cơ cải thiện theo thời gian.

- Đánh giá màu sắc da của trẻ để tìm manh mối về các bệnh lý tiềm ẩn. Màu sắc da của trẻ cung cấp thông tin quan trọng ở nhiều hệ cơ quan. Ví dụ, trẻ có màu đỏ sẫm hoặc đỏ rực có thể bị đa hồng cầu và dễ gặp các biến chứng như khó thở hoặc hạ đường huyết liên quan đến hiện tượng này. Trẻ có lưỡi và niêm mạc nhợt hoặc xanh tím (tím trung ương) có thể bị thiếu máu hoặc tổn thương tim hay bệnh lý hô hấp. Ánh sáng thích hợp là điều cần thiết để đánh giá màu sắc chính xác. Nếu người khám lo ngại về tím trung ương, đo SpO_2 có thể hỗ trợ đánh giá.
- Nghe tim, phổi chỉ trong môi trường yên tĩnh. Việc đánh giá các âm thanh do cơ thể tạo ra sẽ khó khăn nếu có tiếng ồn bên ngoài, chẳng hạn như người nói chuyện hoặc phát nhạc trong phòng. Những can thiệp từ bên ngoài sẽ cản trở việc đánh giá chính xác âm thanh tim và phổi.
- Giữ ấm cho trẻ trong suốt quá trình thăm khám. Sau khi trẻ được cởi quần áo, việc ngăn mất nhiệt là rất quan trọng để đảm bảo sự thoải mái cho trẻ và duy trì thân nhiệt cũng như glucose bình thường. Trẻ sơ sinh được thăm khám trong môi trường ấm với nguồn nhiệt bên ngoài, chẳng hạn như đèn sưởi phía trên. Để tránh làm trẻ giật mình và duy trì trạng thái trao đổi chất ổn định, việc làm ấm ông nghe cũng như bàn tay của người khám sẽ hỗ trợ đánh giá chính xác.

- Chuẩn bị sẵn các dụng cụ cần thiết. Ông nghe, đèn soi dây mắt và thước dây được sử dụng trong tất cả các cuộc thăm khám trẻ sơ sinh. Việc chuẩn bị sẵn các dụng cụ này giúp tiết kiệm thời gian.
- Giữ cho trẻ yên tĩnh trước khi bắt đầu thăm khám. Trẻ yên tĩnh tạo cơ hội tốt nhất để thu thập thông tin. Nếu phải thăm khám trẻ đang khóc, cần có sự kiên nhẫn – và có thể cần sự trợ giúp từ một người thứ hai để giúp trẻ bình tĩnh.
- Giữ trẻ một cách nhẹ nhàng. Trẻ sơ sinh thường hợp tác đáng kinh ngạc khi người khám nhẹ nhàng. Giọng nói dịu dàng và cái chạm nhẹ nhàng thường cho phép người khám hoàn thành toàn bộ cuộc khám mà không làm cho trẻ khó chịu nhiều hoặc thậm chí không làm cho trẻ khó chịu chút nào. Cha mẹ thường thích xem con mình tương tác với người khám và đánh giá cao sự nhẹ nhàng trong cách xử lý. Một số phần của cuộc khám gây khó chịu cho trẻ hơn những phần khác. Khám hồng, thường là phần gây khó chịu nhất, vì vậy được thực hiện cuối cùng.
- Hoàn tất cuộc thăm khám. Mặc lại quần áo cho trẻ để duy trì thân nhiệt bình thường. Thông báo cho người chăm sóc chính rằng cuộc thăm khám đã kết thúc và trình bày bất kỳ bất thường nào được phát hiện hoặc những quan sát bổ sung cần thực hiện.

MỘT TIẾP CẬN MÀU

Một phương pháp tổ chức việc thăm khám trẻ sơ sinh được mô tả ở đây như một hướng dẫn cho người thăm khám thiếu kinh nghiệm. Qua thực hành, mỗi người khám sẽ phát triển phong cách riêng. Giả định rằng trẻ được cởi trần và nằm ngửa dưới đèn sưởi.

Quan sát

Đối với người hành nghề, chỉ đứng bên nơi và quan sát trẻ có thể là việc rất khó khăn. Xu hướng ngay lập tức là chạm và nói chuyện với trẻ. Tuy nhiên, phản ứng tự nhiên này phải được kìm lại cho đến giai đoạn sau của cuộc khám.

vì chỉ quan sát thôi cũng mang lại thông tin quan trọng về mọi hệ cơ quan. Những quan sát ban đầu này cho phép người khám phát triển các chẩn đoán phân biệt bằng mắt trước khi sử dụng các kỹ thuật đánh giá khác (nghe tim, sờ). Bảng 1.1 liệt kê nhiều quan sát mà người khám có khả năng phải xử trí trong đánh giá ban đầu về tình trạng của trẻ.

Nếu nhiều quan sát này cho thấy bình thường, người khám sẽ ít có khả năng phát hiện bất thường đáng kể khi nghe tim phổi hoặc sờ. Mỗi quan sát về sự bình thường giúp người khám yên tâm – tương tự như một quan sát về bất thường sẽ làm tăng sự nghi ngờ của người khám rằng cần phải kiểm tra kỹ hơn.

Quan sát không phải là một kỹ thuật riêng lẻ chỉ được sử dụng ở giai đoạn đầu của cuộc khám. Mặc dù việc dành một vài phút bên giường trước khi chạm vào trẻ là quan trọng, việc quan sát phản ứng của trẻ diễn ra trong suốt quá trình thăm khám. Tùy thuộc vào trạng thái và phản ứng của trẻ, tất cả các quan sát được liệt kê trong Bảng 1.1 có thể được thực hiện trong quá trình thăm khám trực tiếp. Người khám phải học cách tận dụng mọi cơ hội mà hành vi của trẻ cung cấp để quan sát. Ví dụ nếu trẻ tự thức giấc trong quá trình khám, người khám nên tận dụng cơ hội đó để kiểm tra mắt.

Nghe

Sau khi quan sát kỹ trẻ, nhiều người khám tiếp theo sẽ nghe tim, phổi và bụng. Sự tập trung giúp người khám tách biệt âm thanh của tim với âm thanh của phổi. Nghe trước một loại âm thanh, sau đó mới nghe loại khác. Ví dụ, trước tiên nghe tim – nhịp, nhịp điệu, tính đều đặn và bất kỳ âm thanh phụ nào. Sau đó nghe phổi, bỏ qua tim.

Sờ

Cuộc khám tiếp tục với sờ. Sờ một số cơ quan khiến trẻ khó chịu hơn so với các cơ quan khác. Một phương pháp có trật tự giúp trẻ giữ bình tĩnh trong phần lớn quá trình khám. Vì mạch đùi khó đánh giá ở trẻ đang khóc, nên sờ mạch đùi trước. Sau đó sờ mạch cánh tay. Tiếp theo là sờ bụng, bắt đầu với các cơ quan nông hơn như gan và lách.

(Học cách sờ nắn gan và lách bằng đầu ngón tay cũng như bằng cạnh bên của ngón trỏ giúp thăm khám từ cả hai phía nổi). Sờ nắn để tìm các khối ở bụng; sau đó sờ nắn sâu hơn cho thận. Ở thời điểm này, trẻ có thể bị kích thích và khóc, nhưng điều này sẽ không cản trở phần còn lại của cuộc thăm khám.

Khám từ đầu đến chân

Sau khi sờ, người khám có thể tiến hành đánh giá trẻ từ đầu đến chân, lần lượt kiểm tra đầu và cổ, chi trên, cơ quan sinh dục, chi dưới và lưng. Việc kiểm tra trực tiếp này cũng bao gồm đo lường và khám xúc giác da. Các thao tác để đánh giá sự đối xứng và phản xạ cũng được thực hiện.

Khám tích hợp

Người khám có kinh nghiệm sẽ tích hợp các nhiệm vụ khám. Ví dụ, sau khi sờ đầu, cổ, xương đòn, cánh tay và bàn tay, người khám có thể thực hiện thao tác kéo trẻ ngồi để đánh giá phản xạ nắm tay, sức mạnh cánh tay và trương lực cơ. Ở thời điểm đó, trẻ đang được giữ ở vị trí thích hợp để kích thích phản xạ Moro. Tiếp theo, cơ quan sinh dục có thể được kiểm tra trước khi chuyển sang chi dưới. Khi trẻ được đặt sấp trên tay người khám để đánh giá trương lực thân mình và phản xạ cong thân, lưng cũng có thể được kiểm tra. Những thủ thuật này giúp thực hiện nhiều quan sát cùng lúc và tiết kiệm thời gian. Việc khám hông nên được thực hiện cuối cùng vì thủ tục này gây căng thẳng nhiều nhất cho trẻ.

Thông thường không cần đánh giá phản xạ như một bước riêng biệt. Đến thời điểm này, người khám có khả năng đã quan sát phản xạ quay đầu và bú. Phản xạ Moro và phản xạ nắm tay có thể được tích hợp vào việc khám chi trên, như đã giải thích ở trên.

Mặc dù một đứa trẻ cực kỳ hợp tác có thể ngủ suốt trong quá trình thăm khám, việc đánh giá vẫn chưa hoàn tất cho đến khi trẻ được quan sát qua các trạng thái hành vi khác nhau. Ví dụ, sự bất đối xứng ở khuôn mặt chỉ có thể được phát hiện khi trẻ khóc.

Lý tưởng nhất, cha mẹ nên được quan sát cuộc thăm khám toàn diện đầu tiên. Cha mẹ đánh giá cao việc thấy được sự bình thường của con mình, cũng như khả năng phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường hoặc không thường gặp.

DỤNG CỤ

Đèn soi đáy mắt

Bên cạnh việc phát triển sự tự tin khi trực tiếp thăm khám trẻ sơ sinh và thực hiện cuộc thăm khám trước sự chứng kiến của cha mẹ, sinh viên phải thành thạo với những dụng cụ có thể còn xa lạ. Sự thành thạo với các dụng cụ giúp giảm căng thẳng cho cả trẻ và người khám. Một lần nữa, thực hành là yếu tố then chốt.

Nếu đèn soi đáy mắt chưa được lắp ráp, hãy gắn đầu thiết bị vào tay cầm bằng cách đẩy đầu về phía tay cầm và xoay đầu theo chiều kim đồng hồ. Để bật đèn, nhấn nút bật/tắt, thường nằm ở cổ tay cầm, đồng thời xoay nút theo chiều kim đồng hồ. Để làm quen với các khẩu độ khác nhau, xoay núm chọn và chiếu ánh sáng lên lòng bàn tay hoặc một tờ giấy. Bộ chọn ống kính bù cho độ thị lực của người khám. Điều chỉnh núm chọn ống kính để đưa cấu trúc đang khám vào tiêu điểm.⁴⁷ Hai chùm ánh sáng tròn nhỏ và lớn là hai khẩu độ được sử dụng để đánh giá phản xạ ánh sáng võng mạc (gọi là phản xạ đỏ) và phản ứng đồng tử ở mắt chưa giãn của trẻ sơ sinh. Thời điểm thích hợp nhất để khám mắt ở trẻ sơ sinh là khi trẻ tỉnh táo và yên tĩnh. Trẻ đang ngủ nhẹ thường sẽ mở mắt nếu phòng được làm tối. Để khám mắt trẻ, giữ đèn soi bằng tay phải, với khẩu độ quan sát càng gần mắt phải càng tốt, và dùng ngón trỏ

phải xoay mím chọn ống kính đến khi phù hợp để lấy nét chính xác. Trong khi định vị đầu trẻ bằng tay còn lại, căn chỉnh ánh sáng chiếu dọc theo mặt phẳng nhìn của trẻ. Nếu hai mắt trẻ mở, có thể thực hiện thử nghiệm Bruckner kiểm tra phản xạ đỏ đồng thời hai bên. Khi sử dụng chùm ánh sáng lớn, đầy đủ và giữ đèn cách mặt trẻ 45-50 cm, vòng ánh sáng từ chùm sẽ che phủ cả hai mắt. Người khám đánh giá đối xứng và độ sáng của phản xạ đỏ cũng như sự co đồng tử.⁷ Phản xạ đỏ xuất hiện dưới dạng màu đỏ-cam đồng nhất và sáng. Bất kỳ độ mờ nào dọc theo đường quang học trung tâm sẽ che toàn bộ hoặc một phần phản xạ đỏ. Lưu ý rằng ở trẻ có sắc tố da tối, phản xạ xuất hiện nhạt hoặc mờ thay vì đỏ.⁷ Sử dụng đèn soi để quan sát sự co đồng tử sau khi đánh giá phản xạ đỏ.

Ông nghe

Ông nghe loại trừ các âm thanh từ môi trường, giúp người khám dễ nghe các âm thanh phát ra từ trẻ hơn; nó không khuếch đại các âm thanh này. Tai nghe và ống nối nên được điều chỉnh về phía mũi của người sử dụng để truyền âm tới màng nhĩ của người khám.

Đầu ông nghe thường có 2 mặt: một màng phẳng đóng và một phần chuông mở. Màng được dùng để đánh giá các âm tần số cao, còn chuông dùng cho âm tần số thấp. Dùng màng để đánh giá âm phổi bằng cách áp chặt lên da trẻ sao cho di chuyển cùng thành ngực. Cả màng và chuông đều được dùng để đánh giá tiếng tim.⁸ Không nên ấn phần chuông quá mạnh lên thành ngực (Chương 6 và 7).

Đèn soi tai

Tai của trẻ nên được đánh giá về kích thước, hình dạng và vị trí. Ống tai ngoài được kiểm tra về độ thông thoáng. Thăm khám bằng đèn soi tai thường không thực hiện trong giai đoạn sơ sinh vì ống tai thường bị chứa đầy chất bã nhờn. Vì lý do đó, việc sử dụng đèn soi tai không được mô tả ở đây.

TÓM TẮT

Mỗi cuộc thăm khám trẻ sơ sinh đều khác nhau, cũng như mỗi trẻ là khác nhau. Bài viết này giải thích các kỹ thuật cơ bản để thăm khám từng hệ cơ quan – nhằm hướng dẫn người khám còn ít kinh nghiệm thực hiện một cuộc thăm khám cho trẻ sơ sinh toàn diện. Tuy nhiên, chỉ thông qua thực hành, người hành nghề mới có thể phát triển năng lực lâm sàng. Khi kinh nghiệm và sự tự tin tăng lên, hầu hết người khám sẽ phát triển phong cách thăm khám riêng của mình, cùng với khả năng linh hoạt để điều chỉnh phương pháp với các tình huống khác nhau. Miễn là các dụng cụ cần thiết có sẵn và các nguyên tắc cơ bản được ghi nhớ, trẻ sơ sinh có thể được thăm khám ở bất kỳ môi trường nào.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nightingale F. 1969. *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not*. New York, NY: Dover. 112–113.
2. Coen RW, and Koffler H. 1987. *Primary Care of the Newborn*. Boston, MA: Little Brown. 30, 33.
3. Jarvis C. 2012. *Physical Examination & Health Assessment*, 6th ed. Philadelphia, PA: Saunders. 117.
4. Ball J, Dains J, Flynn J, Solomon B, Stewart R. 2014. *Saunders' Guide to Physical Examination*, 8th ed. St. Louis, MO: Elsevier Mosby. 30–35, 42–43.
5. Jarvis C. 1992. *Physical Examination and Health Assessment*. Philadelphia, PA: Saunders. 297.
6. Bickley L. 2017. *Bates' Guide to Physical Examination and History Taking*, 12th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer. 3–21, 779–926.
7. Wright K. 2008. *Pediatric Ophthalmology for Primary Care*, 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. 35–48.
8. Orient JM. 2018. *Sapira's Art & Science of Bedside Diagnosis*, 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.