Pheno 200 mg/2 ml pha 25 ml nước cất để truyền trong 30p

IVIG 2.5g/50 ml

Diazepam 10 mg/2 ml

Milrinone 10 mg/10ml pha 50 ml D5%

Dobu 250 mg/20 ml

Vanco 0.5 g

TAY CHÂN MIỆNG

Apto: nguyên nhân cơ học, nhiệtđộ.

Giật mình do ảnh hưởng hệ lưới

Hiếm liệt 1 chi, liệt nửa thân. Do đánh vào sừng trước tủy sống

EV 71 tồn tại trong phân tới 2 tháng

Phenobarital khi diazepam 3 lần không hết co giật (mục đích ngừa cơn)

Sốc tay chân miệng đổ dịch chậm do sợ OAP, tim bóp ko nổi

VMN

Sảng: lời nói, hành vi, giác quan.

Chưa có SIRS không cấy máu

Chờ kết quả sinh hóa, dịch não tủy về mới cho kháng sinh. Khi kết quả về nghi vi trùng thì cho KS, phải cấy máu trước, báo làm latex

Bé này nhập viện vào ngày thứ 2, choc dò ra neutrophile ưu thế nhưng không biết siêu vi hay vi khuẩn do 24-48h VMN siêu vi có neutro ưu thế. Làm sao phân biệt: VMN do siêu vi thì sau khi chọc DNT sẽ giảm triệu chứng do giảm áp lực nội sọ

Sau khi cho KS có đáp ứng: cữ sốt dãn ra

Khi latex ra phế cầu thì mới được quyền đẩy kháng sinh (ceftri 150, cefo 300)

Đang đánh kháng sinh mà latex về E.coli. lâm sàng tốt thì vẫn giữ khang sinh đó, lâm sàng xấu thì chọc lại: DNT có đáp ứng thì coi chừng có biến chứng nội sọ, cần đánh theo kháng sinh đồ

Tụ dịch đánh KS 21 ngày, tụ mủ đánh tới khi hết thì thôi. Áp xe đánh 6-8 tuần

S.agalactia: first choice: ampi, peni: ampi 400mg/kg/ngày, chia 4. Peni 500.000 UI/kg/ngày chia 6 cữ (test cữ)

* 48 giờ chọc dò kiểm tra (nếu ko thì trước khi xuất viện phải chọc lại)
  + VMN < 3th
  + không đáp ứng điều trị: ko đáp ứng thiệt, hoặc có biến chứng nội sọ
  + VMN do E.coli, phế cầu, tụ cầu, Streptococus nhóm B

Sẹo BCG lành sau 6-14 tuần