



Bệnh án XHTH do loét dạ dày

☰ Person	BS. Minh Luân
▼ Trại	Tiêu hóa

<https://s3-us-west-2.amazonaws.com/secure.notion-static.com/bbbaeed-81e0-4890-920a-f47015a1a34f/XHTH-do-lot.docx>

▼ Hành chính & LDNV

I. HÀNH CHÍNH

Họ tên: Phạm Thị N Giới tính: Nữ
Năm sinh: 1935 (87 tuổi)
Địa chỉ: 57/22 KP3, P. Phú Thọ, TP. Thủ Dầu Một, Bình Dương
Ngày nhập viện: 5h 19/03/2022
Số giường: Khoa: Nội tiêu hóa BV ĐHYD

II. LÝ DO NHẬP VIỆN: Tiêu phân đen

▼ Bệnh sử

Vào ngày nhập viện, đang nghỉ trưa, bệnh nhân cảm thấy bụng đau quặn cơn ở thượng vị, kèm cảm giác muốn đi vệ sinh. Đang đi tới nhà vệ sinh thì bệnh nhân tự nhiên đi tiêu phân màu nâu đen, sệt, mùi hôi tanh khoảng 600ml. Sau đi tiêu thì bệnh nhân không còn cảm thấy đau bụng, và thấy hơi chóng mặt ☹️nhập cấp cứu BV ĐHYD

Trong quá trình bệnh, trước đó bệnh nhân không ăn thức ăn màu đỏ, không buồn nôn, không nôn, không khó tiêu, không chán ăn, không sốt, không vàng da, bụng không to, không phù, không xuất huyết dưới da, không chảy máu mũi, không chảy máu chân răng, tiểu vàng trong, lượng nước tiểu bình thường.

Tình trạng lúc nhập viện:

- BN tỉnh, tiếp xúc được.

- Da niêm hồng nhạt

- Sinh hiệu:

Mạch: 110 lần/phút

Nhiệt độ: 38°C

Huyết áp: 150/100 mmHg

Nhịp thở: 27 lần/phút

SpO2 97%

- Thở đều êm.

- Tim đều rõ.

- Phổi không ran.

- Bụng mềm, gan lách không sờ chạm, không điểm đau khu trú

- Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị.

- Thăm hậu môn: phân đen sệt dính găng.

Diễn tiến từ lúc nhập viện đến lúc khám:

- N1: Bệnh nhân có đi cầu phân đen thêm 4 lần, mỗi lần khoảng 200ml.
- N2: BN không còn đi cầu phân đen.

▼ Tiền sử

1. Bản thân

- Ngoại khoa: chưa ghi nhận tiền căn ngoại khoa trước đây
- Nội khoa:
 - Bệnh nhân đã tiêu phân đen 1 đợt với tính chất tương tự cách đây 22 năm, được chẩn đoán viêm loét dạ dày và điều trị tại bệnh viện ĐHYD. Từ đó đến giờ không có đợt đi tiêu phân đen nào nữa.
 - Tăng huyết áp phát hiện cách đây 20 năm, huyết áp cao nhất là 160/xx, huyết áp bình thường ở nhà là 140/xx, đang điều trị với amlor 5mg 1v uống sáng, điều trị thường xuyên.
 - Bệnh nhân bị đau khớp gối cách đây 1 tháng, có dùng thuốc cổ truyền để điều trị.
 - Chưa ghi nhận tiền gan viêm gan siêu vi.
 - Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý nội khoa khác.
 - .
 - Không stress, trầm cảm, lo âu.
- Thói quen:
 - Không sử dụng bia rượu.
 - Không hút thuốc lá.
 - Ăn uống đúng giờ, đủ bữa.
 - Không thức khuya.
- Dị ứng: chưa ghi nhận tiền căn dị ứng nào trước đây.
- Thuốc: amlor 5mg 1v uống sáng; thuốc cổ truyền điều trị đau khớp gối

2. Gia đình: chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý ung thư, bệnh lý di truyền,



Comment

- Đừng ghi huyết áp 160/xx nhạy cảm quá. Không rõ huyết áp tâm trương thì đừng ghi
- Mới uống thuốc cổ truyền có 1 tháng sao mà Cushing được → khám lại

▼ Khám lâm sàng

1. Tổng quát:

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, nằm đầu bằng.
- Sinh hiệu:

Nhiệt độ: 37°C

Nhịp thở: 20 lần/phút

Huyết áp 120/70 mmHg

Mạch 68 lần/phút

- Da niêm nhạt
- Thể trạng: béo trung tâm
 - Cân nặng: 62 Kg
 - Chiều cao: 160 cm
 - BMI: 24.22 kg/m²
- CRT < 2s
- Da ở cánh tay mỏng, không vàng da, không vàng mắt, không dấu xuất huyết.
- Không ngón tay dùi trống, không dấu sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ, không lòng bàn tay son.
- Không phù
- Hạch cổ, hạch bẹn không sờ chạm.



Comment

- Thể trạng: bỏ “béo trung tâm đi”, ghi CN, CC là được rồi
 - Kiểu hình Cushing
 - + Tay teo, xuất huyết
 - + Bụng bự
 - + Rạn da bụng
 - + Bướu mỡ sau gáy (không dùng từ “bướu trâu”)
 - + Mọc lông măn
- có nhiều thì hãy nói bị Cushing. Chứ cso 1,2 cái mà nói Cushing thì oan cho người ta lắm

2. Khám từng vùng

- **Đầu mặt cổ**
 - Cân đối, không biến dạng.
 - Tuyến giáp không to.
 - Khí quản không lệch.
 - Tuyến mang tai không to.
- **Ngực:** cân đối, di động đều khi thở, không co kéo cơ hô hấp phụ, không sẹo mô cũ
 - **Tim mạch**
 - Mỏm tim ở khoang liên sườn V trên đường trung đòn trái, diện đập $1 \times 2 \text{ cm}^2$.
 - Không ổ đập bất thường, dấu Harzer (-), dấu nảy trước ngực (-), rung miu (-)
 - Nhịp tim đều 80 lần/ phút.
 - T1, T2 đều rõ, không tiếng tim bất thường , không có âm thổi
 - **Phổi**
 - Rung thanh đều 2 bên
 - Gõ trong 2 phổi
 - Rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường
 - Không ran phổi
- **Bụng**
 - Bụng cân đối, di động đều khi thở, không dấu xuất huyết, không sẹo mô cũ, không tuần hoàn bàng hệ. không vết rạn da.
 - Nhu động ruột 5 lần/phút
 - Bụng mềm, không điểm đau khu trú
 - Gan, lách không sờ chạm
 - Chiều cao gan 10cm
 - Thận: chạm (-)
- **Thần kinh:** cổ mềm, không dấu thần kinh định vị
- **Cơ xương khớp:** không yếu liệt chi, không đau nhức cơ, không giới hạn vận động

▼ Tóm tắt BA

VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN

Bệnh nhân nữ, 87 tuổi nhập viện vì đi cầu phân đen, qua thăm khám và hỏi bệnh ghi nhận

- Triệu chứng cơ năng:
 - Đi cầu phân đen
 - Chóng mặt
- Triệu chứng thực thể:
 - Da niêm nhạt
 - Sinh hiệu
 - Mạch: 110 l/p Nhiệt độ: 38 độ C
 - Huyết áp: 150/100 mmHg Nhịp thở: 27 l/p
 - SpO2: 97%
 - Thăm khám hậu môn: phân đen sệt dính gang
 - Thể trạng béo trung tâm, da ở cánh tay mỏng
- Tiền căn:
 - Viêm loét dạ dày.
 - Tăng huyết áp.
 - Đau khớp gối điều trị bằng thuốc cổ truyền



Comment

- Lớn tuổi mà sốt sợ ghê lắm. Phải tìm các nhiễm trùng tiềm ẩn
 - + Nhiễm trùng tiểu
 - + Viêm phổi không điển hình

▼ Chẩn đoán

VIII. ĐẶT VẤN ĐỀ

1. Xuất huyết tiêu hóa trên mức độ trung bình.
2. Hội chứng cushing.

IX. CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ:

- Xuất huyết tiêu hóa trên mức độ trung bình, ngưng diễn tiến, nghi do loét dạ dày tá tràng, chưa biến chứng – Tăng huyết áp – Hội chứng cushing.

X. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Xuất huyết tiêu hóa trên mức độ trung bình, ngưng diễn tiến, do ung thư dạ dày, chưa biến chứng – Tăng huyết áp – Hội chứng cushing.



Comment

- Hội chứng Cushing khác bệnh Cushing
 - 🌿 Bệnh Cushing: do khối u tuyến yên tiết ACTH
 - 🌿 Hội chứng Cushing: tất cả nguyên nhân làm tăng Cortisol, có thể nội sinh và ngoại sinh → bệnh Cushing là 1 dạng hội chứng Cushing nội sinh
- Chẩn đoán THA phải ghi đầy đủ ra chứ sao ghi THA không vậy?
- Chẩn đoán phân biệt: XH do viêm loét

Dexamethasone Suppression Test

Given at night (10pm), measured in the morning (9am)

Low Dose Test:
1mg dexamethasone

Low cortisol → Normal

High/normal cortisol → Cushing's Syndrome

High Dose Test:
8mg dexamethasone

Low cortisol → Cushing's Disease

High/norm cort → ACTH low → Adrenal Cushing's

→ ACTH high → Ectopic ACTH

ZERO TO FINALS

▼ Biện luận

1. Xuất huyết tiêu hóa trên |

- Bệnh nhân tiêu phân đen, sệt, mùi hôi tanh, khám rứt găng có dính ít phân đen, lượng 1.4L => bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên
- Phân độ: lúc nhập viện bệnh nhân có huyết áp 150/100 mmHg, mạch 110 lần/phút, có choáng vàng nhĩ do hạ huyết áp tư thế, da niêm nhạt, đi tiểu bình thường, nhịp thở 27 lần/phút, tỉnh, tiếp xúc được=> XHTH độ II
- Ngưng diễn tiến: sau nhập viện 2 ngày, bệnh nhân không còn đi tiêu phân đen nữa, hiện bệnh nhân đã được cho ăn lại, đi phân vàng đóng khuôn.
- Chưa biến chứng: bệnh nhân không có thiếu niệu, không tụt huyết áp, không rối loạn tri giác, SpO2 không giảm
- **Các nguyên nhân XHTH trên:**
 - Loét dạ dày – tá tràng: Nghi ngờ nhiều do BN đi cầu phân đen, có tiền căn, không triệu chứng của loét dạ dày tá tràng nhưng không loại trừ bệnh nhân có loét không triệu chứng ☹ đề nghị nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng chẩn đoán, clo test chẩn đoán *Helicobacter Pylori*
 - Ung thư dạ dày: chưa ghi nhận tiền căn nhiễm Hp, gia đình không có tiền căn ung thư đường tiêu hóa, tuy nhiên bệnh nhân đã lớn tuổi nên không thể loại trừ => đề nghị nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng, sinh thiết nếu có tổn thương nghi ngờ ác tính.
 - Viêm loét thực quản: không nghi ngờ do BN không nuốt đau, không đau sau xương ức, không nôn ói nhiều, không ợ chua, ợ nóng
 - HC Mallory – Weiss: không nghi ngờ do BN không nôn nhiều lần trước lúc khởi phát bệnh.
 - Viêm trợt dạ dày xuất huyết: không nghi ngờ do bệnh nhân không uống rượu trước ngày bệnh, bệnh nhân không sử dụng các loại thuốc giảm đau, thuốc nam thuốc bắc.
 - Vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản: không nghi ngờ do bệnh nhân không có triệu chứng của hội chứng tăng áp tĩnh mạch cửa.



Comment

- XHTH quan trọng nhất là mạch & sinh hiệu chứ lượng máu mất đánh giá không chính xác



Mùi hôi tanh: cái này dành cho BS thôi, ví dụ BN đang XHTH BS đi vô khám ngửi thấy mùi đó thì biết XHTH, chứ còn hỏi BN thì sao người ta biết



Lượng máu mất là useless, không cần mô tả, trừ khi máu ra nhiều quá như nôn ra 1 thau máu. Chứ còn nói 1 chén, 1 tô thì biết thật sự nó mất bao nhiêu, máu còn nằm trong dạ dày hoặc nằm trong ruột thì sao biết được

→ tóm lại là bỏ mùi hôi tanh và bỏ lượng 1.4L đi

▼ Đề nghị CLS

XII. ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG

1. CLS chẩn đoán

- XHTH trên: Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng kèm sinh thiết nếu có tổn thương nghi ngờ ung thư, clo test chẩn đoán nhiễm *Helicobacter pylori*, CTM, đông máu.
- Hội chứng cushing: Test dexamethasone, siêu âm bụng.

2. CLS thường quy

- CTM, nhóm máu.
- Chức năng đông cầm máu: PT, APTT, INR, fibrinogen .
- Ion đồ.
- Chức năng thận: BUN, creatinine.
- Bilirubin máu, AST, ALT.
- Lipid máu: cholesterol toàn phần, Triglycerid, LDL, HDL.
- Tổng phân tích nước tiểu.
- X-quang ngực thẳng.
- ECG.

▼ Kết quả CLS

▼ CTM

	Kết quả	Chỉ số bình thường	Đơn vị
RBC	3.64	3.8-5.5	T/L
HGB	95	120-170	g/L
HCT	0.313	34-50	%
MCV	86	78-100	fl
MCH	26.1	24-33	pg
MCHC	329	315-355	g/L
WBC	8.06	4-11	G/L
%NEU	75.5	45-75	%
NEU#	6.08	1.8-8.25	G/L
%LYM	13.6	20-40	%
LYM#	1.1	0.8-4.4	G/L
%MONO	9.9	4-10	%
MONO#	0.8	0.16-1.1	G/L
%EOS	0.6	2-8	%
EOS#	0.05	0.01-0.88	G/L
%BASO	0.4	0-2	%
BASO#	0.03	0-0.22	
IG%	1.0	<5	%
PLT	278	200-400	G/L
MPV	10.5	7-12	%



Comment

- XHTH mức độ trung bình thì Hb khoảng 9g/dL, Hct khoảng 30%
→ ca này Hb=9.5g/L và Hct=31.3% thì cũng coi như phù hợp, có thể trong giai đoạn sớm. Xét nghiệm lại là sẽ thấy giảm

▼ Đông máu & MD

	Kết quả	Chỉ số bình thường	Đơn vị
PT (bn)/ PT chứng	1.01	0.8 – 1.2	giây
INR	1.01	0.8 - 1.2	
APTT	25.3	25.1-36.5 giây	
APTT bn/ APTT (chứng)	0.83	0.8 - 1.2	
Nhóm máu ABO	O		
Rh(D)	Dương		
XN Miễn dịch			
HBsAg	0.24 ÂM TÍNH	S/CO <1	
Anti-HCV	0.06 ÂM TÍNH	S/CO <1	



Anh nói tách Đông máu và XN miễn dịch ra thành 2 bảng

▼ Sinh hóa

	Kết quả	Chỉ số bình thường	Đơn vị
Đường huyết	146	70-110	mg/dl
	8.1	3.9-6.4	mmol/L
ALT (SGPT)	20	5-49	U/L
AST (SGOT)	16	9-48	U/L
Bilirubin toàn phần	0.43	<1.02	mg/dl
Bilirubin trực tiếp	0.11	<0.3	mg/dl
Ure	83.39	10.2-49.7	mg/dl
Creatinin	0.87	0.7-1.5	mg/dl
eGFR (CKD-EPI)	61	>=60	mL/min/1.73m ²
* Ion đồ			
Na ⁺	141	135-150	mmol/L
K ⁺	3.74	3.4-5.5	mmol/L
Cl ⁻	105	98-106	mmol/L
Phản ứng CRP	2.7	<5	mg/L



Comment

- Đường cao → làm lại đường huyết đói
- Ure tăng → phù hợp XHTH trên
- eGFR=61 → 87t mà được vậy là quá ngon rồi
- CRP không tăng

Nãy thấy BN sốt 38 độ C nhưng CRP không tăng → BN XHTH có thể tăng thân nhiệt nhẹ nhẹ chút xíu, tuy nhiên vẫn cần tầm soát nhiễm trùng ở BN này

▼ Nội soi

4. Nội soi (12/03/2022)

- THỰC QUẢN: Viêm thực quản trào ngược độ A – LA.
- TÂM VỊ: Đường Z cách cung răng 38cm.
- PHÌNH VỊ: Quay ngược dây soi, niêm mạc bình thường.
- THÂN VỊ: Bình thường.
- HANG MÔN VỊ: Niêm mạc viêm loét
- MÔN VỊ: Tròn, co bóp tốt.
- TÁ TRÀNG: Ổ loét d=1.5cm, Forrest IIc, vách trước hành tá tràng
- **KẾT LUẬN**: GERD LA- A.

VIÊM LOÉT TRỘT HANG MÔN VỊ.

LOÉT HÀNH TÁ TRÀNG.

Clo test: ÂM TÍNH

=> Nguyên nhân XHTH trên nghi do ổ loét ở hành tá tràng



Comment

1. Vị trí? → thực quản, hang môn vị & tá tràng

2. Mô tả tổn thương?

+ Thực quản: viêm thực quản trào ngược độ A - LA

+ Hang môn vị: viêm trợt

+ Tá tràng: ổ loét d=1.5cm, Forrest IIc, vách trước hành tá tràng

3. Clo-test (-)

Theo lí thuyết thì ca này Forrest IIc, nghĩa là dạ dày không có máu thì CLo-test vẫn có thể làm được. Tuy nhiên XH mà nghi do loét dạ dày thì mới lúc cấp cứu người ta bolus PPI TM rồi nên Clo-test (-) này không tin được

4. Đánh giá phù hợp LS?

+ Forrest IIc nghĩa là cận đen, cận đen nghĩa là cận đen thôi chứ không biết có phải máu hay không

+ Ca này soi vô không thấy máu trong dạ dày (IIc mà) thì không chắc là chảy máu từ dạ dày. **Có thể là XHTH dưới thì sao?**

→ BN này có những dấu chứng khác gợi ý XHTH trên như đau thượng vị, BUN tăng cao thì nghĩ khả năng cao do cái ổ loét tá tràng IIc đó. Chứ còn nếu không đau thượng vị, rồi BUN không tăng nữa thì coi chừng XHTH dưới phải đi NS đại tràng

+ Có thể điều trị ổ loét rồi ngưng PPI 2w rồi NS lại làm Clo-test hoặc làm test hơi thở. Hoặc là bây giờ làm test huyết thanh luôn cũng được

▼ TPTNT

Bình thường

▼ SA bụng

6. Siêu âm bụng (19/03/2022)

- GAN: Cấu trúc thô nhẹ, bờ đều. Rải rác nhu mô gan hai thùy có vài nang d <15mm. Các TM trên gan, TM cửa bình thường.
- ĐƯỜNG MẬT: Trong và ngoài gan không giãn. Không sỏi.
- TÚI MẬT: Vách đều, không dày, lòng không có gì lạ.
- LÁCH: Không to, đồng nhất.
- TỤY: Không to, đồng nhất.
- THẬN:
 - o Thận phải: Cấu trúc và kích thước: bình thường, phân biệt vỏ - tủy rõ, không ứ nước, không sỏi, có nang d= 7mm. Niệu quản phải: không giãn. Thượng thận: không thấy.
 - o Thận trái: Cấu trúc và kích thước: bình thường, phân biệt vỏ - tủy rõ, không ứ nước, không sỏi, có nang d=24mm. . Niệu quản trái: không giãn. Thượng thận: không thấy.
- BÀNG QUANG: Ít nước tiểu khảo sát.
- TỬ CUNG & 2 PHẦN PHỤ: Khảo sát giới hạn.
- CÁC BỘ PHẦN KHÁC: Các mạch máu lớn và khoang sau phúc mạc không thấy gì lạ. Dịch màng phổi (-).
- XOANG BỤNG: Chưa ghi nhận bất thường.
- **Chẩn đoán:** Nang gan/ Gan cấu trúc thô nhẹ.
Nang hai thận.



Comment

- Gan thô nhẹ, bờ đều → là có xơ gan không? Đi làm Fibroscan đi có mấy chục à. Tuy nhiên không làm cũng được do ca này cũng lớn tuổi rồi (87t), làm ra xơ gan thì cũng đâu làm gì được cho BN, nhưng nếu tiên lượng BN sống >10 năm nữa thì làm
→ theo a Luân đi thì nên làm

▼ Chẩn đoán xác định

XIV. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Xuất huyết tiêu hóa trên mức độ trung bình do loét Tá tràng, Forrest IIc ngưng tiến triển, chưa biến chứng – Viêm thực quản trào ngược độ A- LA – Tăng huyết áp – Theo dõi hội chứng cushing.



Comment

- Ca này loét do Hp hoặc do thuốc

▼ Điều trị

a. Hướng điều trị

- Hô hấp: thở khí trời.
- Nằm đầu bằng.
- Lập 2 đường truyền TM.
- Dẫn bệnh nhân nhịn ăn.
- PPI đường tĩnh mạch.
- Điều trị tiết trừ Hp.
- Theo dõi sinh hiệu.
- Theo dõi tính chất phân.
- Chăm sóc cấp II.

b. Y lệnh cụ thể (cấp cứu)

- Esomeprazole 40mg, 2 lọ
2 lọ TMC, 2 lọ pha với NaCl 0,9% đủ 50mL, truyền tĩnh mạch 5mL/h, bơm tiêm điện.
- Theo dõi sinh hiệu mỗi 2 giờ, theo dõi tính chất phân.

Đánh giá điểm Glassgow BlatchFord 11đ => nguy cơ cao.

Nội soi khẩn trương < 12h, khi sinh hiệu ổn định.

c. Sau khi bệnh nhân ổn định

Bệnh nhân XHTH do loét tá tràng Forrest IIc, đánh giá nguy cơ tái xuất huyết thấp => không có chỉ định điều trị qua nội soi, chuyển PPI đường uống liều chuẩn 1 lần/ngày.

- Esomeprazole 40mg
1v x1, uống sáng trước ăn 30p
- Theo dõi sinh hiệu mỗi 8h
- Theo dõi tính chất phân bệnh nhân
- Chăm sóc II



Comment



Hướng điều trị

- Ca này M, HA bình thường thì không cần lập 2 đường truyền
- Điều trị tiết trừ Hp: khi nào XHTH ổn mới trị

Ca này có thể là CIM (kháng thể Hp trong máu)

CIM (+) → điều trị

CIM (-) → có thể điều trị luôn do ở VN thì 95-98% loét tá tràng là do Hp. Tuy nhiên bà này không bắt buộc điều trị luôn vì con số 95-98% khác nhau tùy nghiên cứu, có nghiên cứu chỉ 80% thôi (anh Luân không thích điều trị mù). Ca này nếu CIM (-) thì đợi XHTH ổn rồi ngưng PPI rồi test hơi thở lại



Y lệnh cụ thể

- Ca này vẫn cần truyền dịch vì đang mất máu mà. M, HA bình thường thì truyền chậm: 1 chai TTM 30g/ph là ok → theo dõi M, HA
- **Nên cho Sucrafate** để giảm tác động cơ học

Lưu ý: đừng nghĩ M nhanh, HA tăng là không thiếu dịch. Có thể là phản ứng co mạch bù trừ đó



Ca này có truyền máu không?

Mục tiêu Hb khoảng 9g/dL. Ca này hiện tại đang 9.5 g/dL → theo dõi CTM nếu tụt thì truyền

Lưu ý: BN trẻ, XHTH do vỡ dẫn TMTQ do xơ gan thì chỉ nên truyền Hb target 7 g/dL thôi, truyền nhiều quá nó tái xuất huyết đó



Làm sao biết ca này có bị Cushing không?

→ dựa vào LS + test Cortisol 8h sáng là đủ

Test Dexamethasone chỉ làm ở khoa nội tiết thôi chứ bình thường ít làm lắm

▼ Tiên lượng

a. Tiên lượng đợt điều trị hiện tại

Bệnh nhân nữ, 87 tuổi, nhập viện vì XHTH trên do loét tá tràng Forrest IIc, Viêm thực quản trào ngược độ A- LA hiện tại đã ngưng chảy máu, bệnh nhân ổn định, ăn uống được, không nôn ói => tiên lượng đợt nhập viện này ổn

b. Tiên lượng xa

Loét tá tràng của bệnh nhân điều trị trong vòng 8 tuần. Viêm thực quản trào ngược của bệnh nhân điều trị lâu hơn và khả năng tái phát nhiều hơn vết loét của bệnh nhân, cần bệnh nhân tuân thủ nghiêm ngặt chế độ điều trị.

▼ Phòng ngừa

- Tránh dùng các thuốc giảm đau: NSAID, corticoid.
- Tránh stress, căng thẳng, thức khuya.
- Ăn uống đúng giờ, không bỏ bữa.
- Không nên ăn quá no, ăn Trước khi nằm từ 2-3 tiếng.
- Hạn chế các thức ăn chứa nhiều chất béo, cà phê, rượu bia.