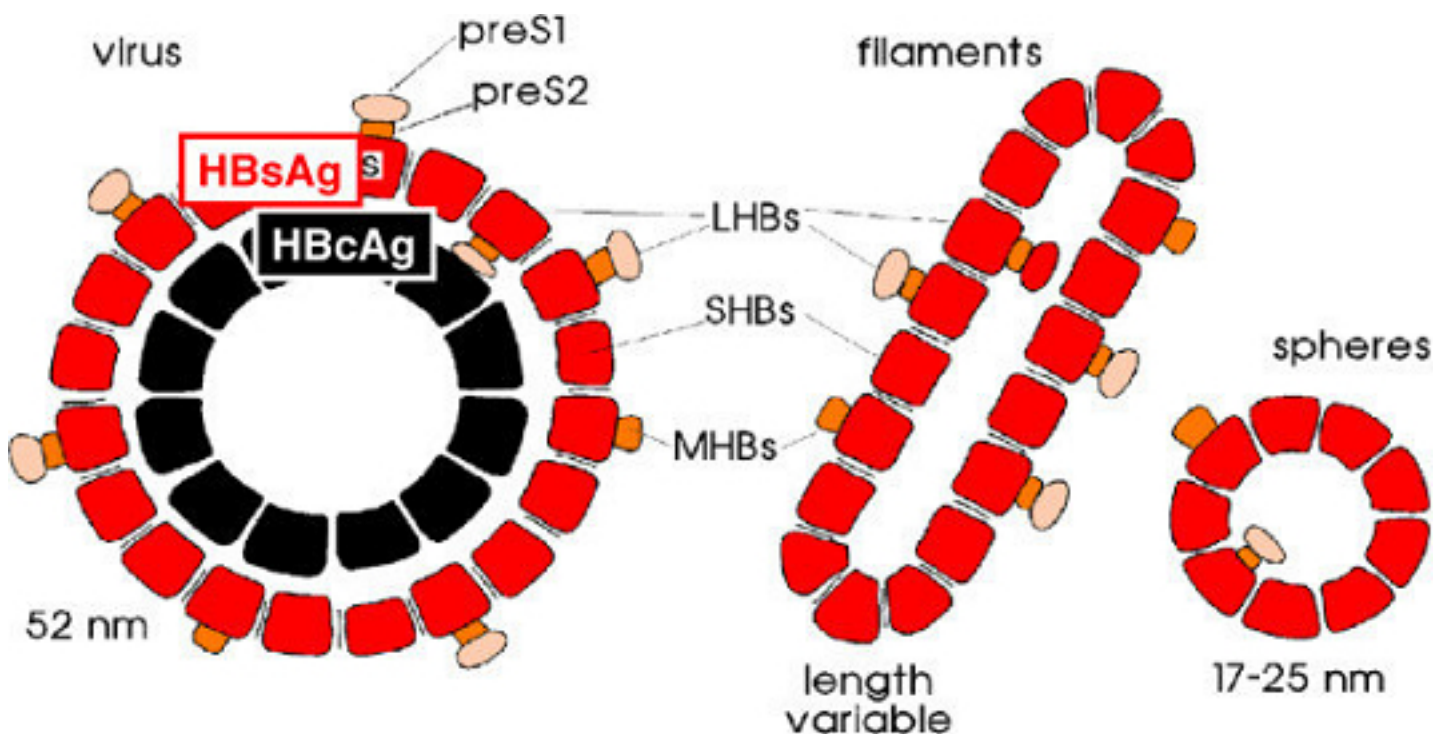


BS Nguyễn Thị Tuấn -

1. ĐẠI CƯƠNG VIÊM GAN B

Bệnh viêm gan B do virus viêm gan B (HBV) tấn công vào tế bào gan gây ra các biểu hiện viêm gan cấp và mạn tính.

Virus viêm gan B: thuộc họ Hepadnaviridae, tác động chính vào tế bào gan. Là loại virus có khả năng gây ung thư gan nguyên phát. Cấu trúc của HBV tồn tại dưới 3 dạng: hạt phân tử Dane, dạng hình sợi và dạng hình tròn, trong đó hạt phân tử Dane là thành phần có thể gây lây nhiễm. Cấu tạo là ADN bao gồm: nhân protein bên trong chứa ADN của virus, vỏ protein bên ngoài có kháng nguyên HBS.



Số lây truyền của HBV chủ yếu qua 3 con đường chính: lây qua đường máu (do truyền máu và các chế phẩm máu, qua tiêm chích hay các thủ thuật), lây truyền qua quan hệ tình dục và lây từ mẹ sang con. HBV có khả năng lây nhiễm cao, cao hơn 50-100 lần so với HIV.

Viết Nam nằm trong vùng lưu hành dịch tễ cao (>8% dân số mắc virus viêm gan B mãn tính). Tỷ lệ HBsAg (+) ở phụ nữ mang thai tại châu Á là 6,5-8,6%, tại Việt Nam là 9,5-13,3% tùy nghiên cứu. Tỷ lệ HBeAg (+) trên phụ nữ mang thai có HBsAg (+) là 37,2%.

2. MẶT SÀO MARKERS CỦA VIRUS VIÊM GAN B

- HbsAg : là kháng nguyên bề mặt, xuất hiện sớm trong huyết thanh sau khi nhiễm HBV. HbsAg (+) kháng thể chỉ có chức năng bảo vệ nhân nhiễm HBV
- Anti HBs : là kháng nguyên trung hòa. Anti HBs (+) ở BN đang điểu trị chứng tỏ bệnh nhân đang phục hồi, loại trừ được HBV. Anti HBs (+) ở người đã tiêm vacxin viêm gan B
- HBcAg : là kháng nguyên lõi chỉ có mặt trong tế bào gan, không có trong huyết thanh.
- Anti HBcAg: là lớp kháng nguyên hình thành đầu tiên sau nhiễm HBV. Anti HBcAg IgM xuất hiện trong viêm gan cấp, đợt cấp của viêm gan mạn, Anti HBcAg IgG gặp trong viêm gan mạn.
- HBeAg: cho phép xác định virus đang sao chép trong cơ thể và bệnh có nguy cơ lây nhiễm cao
- Anti Hbe : xuất hiện vào giai đoạn cuối của pha nhiễm trùng cấp tính và tồn tại kéo dài
- HBV DNA : xác định tải lượng virus, giúp theo dõi và đánh giá điều trị

3. VIÊM GAN B VÀ THAI KỲ

3.1. Ảnh hưởng của thai nghén lên viêm gan B:

Viêm gan cấp ít xảy ra ở PNMT, nếu xuất hiện sẽ tăng nguy cơ diễn biến mãn tính

Viêm gan mạn ở PNMT: mức độ xơ gan có nguy cơ tiến triển thành xơ gan mất bù, tăng nguy cơ

vì giãn tĩnh mạch thực quản. Thời kỳ hậu sản: tỉ lệ nhiễm thành viêm gan cấp và tử vong khoảng 25%.

3.2. Ảnh hưởng của viêm gan B lên thai nghén

Tăng nguy cơ biến chứng cho mẹ: sảy thai, sinh non, tăng nguy cơ băng huyết, đái tháo đường thai kỳ. Tăng tử vong chu sinh cho trẻ sơ sinh.

Lây truyền từ mẹ sang con trong thai kỳ, trong khi chuyển dạ và mất thời gian ngắn sau sinh. 70-90% trẻ sinh ra từ mẹ có HbsAg và HbeAg (+) bị nhiễm HBV và 90% các trẻ lây truyền từ mẹ có nguy cơ chuyển thành viêm gan B mãn tính nếu không được phòng lây truyền.

4. DẪN PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Dẫn phòng được hiểu bằng vaccin viêm gan B: là biện pháp cốt lõi, WHO khuyến cáo tất cả các trẻ em đều được tiêm vaccin viêm gan B. Có thể sử dụng 3 hoặc 4 liều riêng lẻ trong chương trình tiêm chủng mở rộng. Loài vaccin đầy đủ để tạo ra mức kháng thể bảo vệ cho hơn 95% trẻ nhỏ, bảo vệ ít nhất 20 năm và có thể suốt đời.

Tiêm vaccin viêm gan B sau sinh cho tất cả trẻ em theo chương trình tiêm chủng mở rộng. Trẻ sinh ra từ mẹ có HbsAg(+): tiêm kháng huyết thanh viêm gan B và vaccin viêm gan B trong vòng 24 giờ sau sinh. Nên tiêm cùng thời điểm như hai vắc-xin khác nhau. Sau đó tiêm đầy đủ các liều vaccin viêm gan B cho trẻ theo quy định của chương trình tiêm chủng mở rộng. Xét nghiệm HBsAg và anti-HBs cho trẻ > 12 tháng tuổi để đánh giá tình trạng nhiễm HBV.

Tất cả các phụ nữ mang thai cần được làm xét nghiệm tầm soát viêm gan B trong quý 1 thai kỳ. Nếu HbsAg (+), HbeAg (+) và HBV DNA >10⁶ copies/ml, nên phác đồ điều trị dự phòng với Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) 300mg/ viên/ ngày từ tuần 24 - 28 của thai kỳ, nếu mẹ mắc bệnh thì nên bắt đầu ít nhất 4 tuần trước khi sinh và liên tục đến 4 - 12 tuần sau sinh (Chú ý điều chỉnh liều theo mức creatinin). Làm lại xét nghiệm HBV DNA sau sinh 3 tháng để quyết định ngừng hay tiếp tục điều trị nếu mẹ đạt tiêu chuẩn điều trị.

Đối với phụ nữ mắc viêm gan B mãn tính trong đời tuối sinh đẻ có khả năng có thai không có xơ hóa gan thì nên có thể trì hoãn điều trị đến sau sinh.

Nếu phụ nữ mang thai mắc viêm gan B mãn tính có chỉ định điều trị như:

Đối với phụ nữ đang hấp thụ gan còn bù hoặc mất bù: Điều trị khi tải lượng HBV DNA trên ngưỡng bắt đầu điều trị ALT và tình trạng HBeAg.

Đối với phụ nữ đang hấp thụ không xơ gan: Điều trị viêm gan B mãn tính cho người bệnh khi đáp ứng các 2 tiêu chuẩn:

1. Tồn tại tổn thương tế bào gan: AST, ALT > 2 lần ULN và/hoặc Xơ hóa gan F ≥ 2.
2. Vi rút đang tăng sinh HBV DNA ≥ 10⁵ copies/mL nếu HBeAg dương tính, HBV DNA ≥ 10⁴ copies/mL nếu HBeAg âm tính

Một số lưu ý khi điều trị

- Đối với phụ nữ đang điều trị viêm gan B mãn tính có thai, nếu đang điều trị bằng thuốc không phải TDF thì chuyển sang TDF trước khi đẻ khi có thai ít nhất 2 tháng.
- Đối với phụ nữ mới phát hiện có thai trong khi đang điều trị kháng vi rút, tiếp tục điều trị TDF, nếu đang điều trị thuốc không phải TDF thì chuyển sang TDF.
- Không chấp nhận chỉ định nuôi con bằng sữa mẹ nếu người mẹ có HBsAg dương tính và đang sử dụng TDF để điều trị bệnh hoặc điều trị dự phòng

Tài liệu tham khảo

1. Giáo trình tập huấn “Chẩn đoán và điều trị bệnh Viêm gan virus B,C” Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương 2019.
2. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút B, Bộ Y tế 2019