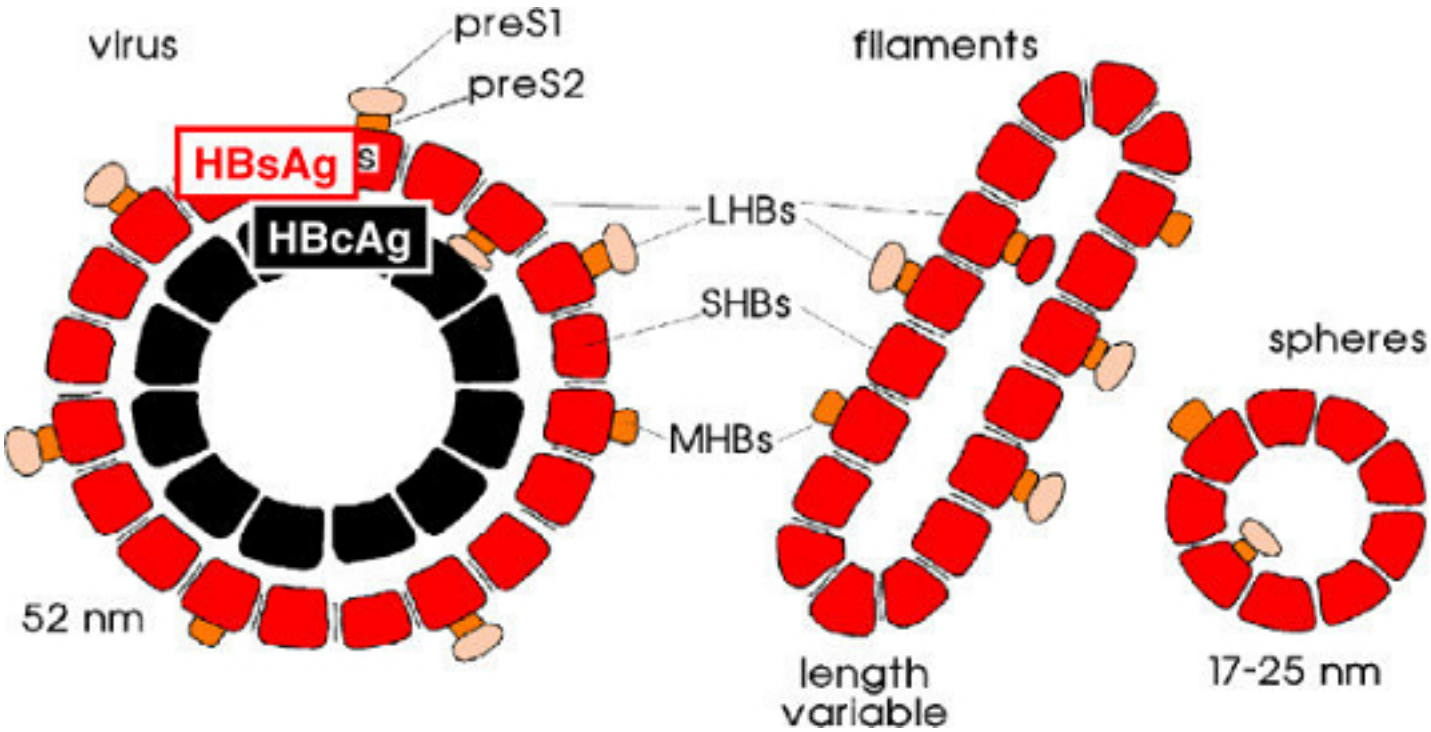
BS Nguyễn Thế Tuấn -

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 ống và dạng hình trụ, 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.



Sự 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.

Việt Nam nằm trong vùng lưu hành dịch tễ cao (>8% dân số mắc virus viêm gan B mạn 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. MỘT SỐ MARKERS CỦA VIRUS VIÊM GAN B

- HbsAg : là kháng nguyên bề mặt, xuất hiện sớm trong huyết thanh sau khi nhiễm HBV. HbsAg (+) khẳng định chắc chắn bệnh nhân nhiễm HBV
- Anti HBs : là kháng nguyên trung hòa. Anti HBs (+) ở BN đang điều trị chứng tỏ bệnh nhân đang phục hồi, loại trừ được HBV. Anti HBs (+) đến đặc : gặp ở người đã tiêm vacxin viêm gan B
- HBcAg : là kháng nguyên lõi chỉ có mặt trong tế bào gan, không có trong huyết tương.
- Anti HBcAg: là lớp kháng nguyên hình thành đầu tiên sau nhiễm HBV. Anti HBcAg IgM xuất hiện trong viêm gan cấp, đặt cấp của viêm gan mạn, Anti HBcAg IgG gặp trong viêm gan mạn.
- HBeAg: cho phép xác nhận 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 thì tăng nguy cơ diễn biến mạn tính

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

vỡ giãn tĩnh mạch thực quản. Thai kì hậu sản: dễ tiến triển thành viêm gan cấp với tỷ lệ khoảng 25%.

3.2. Ảnh hưởng của viêm gan B lên thai nghén

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

Lây truyền từ mẹ sang con trong thai kì, trong khi chuyển dạ và một 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 mạn tính nếu không được dự phòng lây truyền.

4. DỰ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ

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

Tiêm vắc xin 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 vắc xin viêm gan B trong vòng 24 giờ sau sinh. Nên tiêm cùng thời điểm nhưng ở hai vị trí khác nhau. Sau đó tiêm đầy đủ các liều vắc xin 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 kì. Nếu HbsAg (+), HbeAg (+) và HBV DNA >10^6 copies/ml, sản phụ cần được điều trị dự phòng với Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) 300mg/ viên/ ngày từ tuần 24 - 28 của thai kỳ, nếu muốn hơn thì nên bắt đầu ít nhất 4 tuần trước sinh và liên tục đến 4 - 12 tuần sau sinh (Chú ý điều chỉnh liều theo mức lọc cầu thận). Làm lại xét nghiệm HBV DNA sau sinh 3 tháng để quyết định ngừng thuốc hay tiếp tục điều trị nếu mẹ để tiêu chuẩn điều trị.

Đối với phụ nữ mắc viêm gan B mạn tính trong độ tuổi sinh đẻ có kế hoạch có thai không có xơ hóa gan tiến triển có thể trì hoãn điều trị đến sau sinh.

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

Đối với trường hợp xơ gan còn bù hoặc mất bù: Điều trị khi tải lượng HBV DNA trên ngưỡng bất kể nồng độ ALT và tình trạng HBeAg.

Đối với trường hợp không xơ gan Điều trị viêm gan B mạn cho người bệnh khi đáp ứng cả 2 tiêu chuẩn:

1. 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 ≥ 10^5 copies/mL nếu HBeAg dương tính, HBV DNA ≥ 10^4 copies/mL nếu HBeAg âm tính

Một số lưu ý khi điều trị

- Đối với phụ nữ đang điều trị viêm gan B mạn muốn có thai, nếu đang điều trị bằng thuốc không phải TDF thì chuyển sang TDF trước khi dự kiến 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 chống chỉ định nuôi con bằng sữa mẹ ở những người mẹ có HBsAg dương tính và mẹ 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 rútB, Bộ Y tế 2019