

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN & ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN SIÊU VI B

*BS. Lê Thị Phụng
Khoa Gan Bệnh Viện Hoàn Mỹ I*

MỞ ĐẦU:

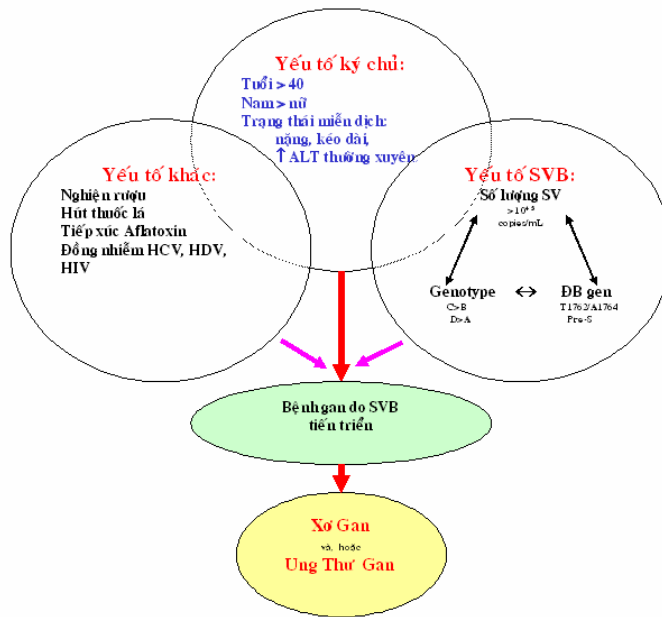
Viêm gan B -mạn là một vấn đề sức khỏe toàn cầu. Ước tính trên thế giới (theo WHO) có khoảng 2 tỉ người từng bị nhiễm siêu vi gan B, trong đó có 400 triệu người nhiễm siêu vi gan B –mạn, ở Việt Nam có khoảng 15-20% dân số nhiễm siêu vi gan B –mạn.

Viêm gan B để lại các biến chứng như viêm gan mạn, xơ gan và ung thư gan. Nhiều nghiên cứu cho thấy siêu vi gan B hiện diện trong 70% trường hợp ung thư gan nguyên phát và 50% trường hợp ở bệnh nhân xơ gan.

Phát hiện sớm và điều trị đúng viêm gan B sẽ giảm thiểu biến chứng, chỉ duy nhất ung thư gan nguyên phát do siêu vi gan B có thể phòng ngừa được bằng vaccine.

Tùy theo độ tuổi bị nhiễm mà diễn tiến sang nhiễm mạn có khác nhau: 90-96% nhiễm mạn ở sơ sinh, 1-5 tuổi là 60% và ở người lớn là 5-10%.

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN VIÊM GAN B MẠN:



TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN VIÊM GAN B MẠN:

Viêm gan B mạn được chia thành 2 loại:

- **Viêm gan B mạn với HBeAg (+):** HBsAg (+) > 6 tháng, HBV DNA > 10⁵ copies/mL (20,000 IU/mL), ALT/AST ≥ 2 hoặc sinh thiết gan có viêm mức độ trung bình/ nặng hoặc điểm xơ hóa đáng kể.
- **Viêm gan B mạn với HBeAg (-):** HBsAg (+) > 6 tháng, HBV DNA > 10⁴ copies/mL (2,000 IU/mL), ALT/AST ≥ 2 hoặc sinh thiết gan có viêm mức độ trung bình/ nặng hoặc điểm xơ hóa đáng kể.

MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN B MẠN:

- **Đáp ứng siêu vi:**
 - Toàn phần: HBV DNA (-)

- Bán phần: giảm HBV DNA ít nhất 2 logs & < 20,000 IU/mL
- **Đáp ứng huyết thanh:**
 - Chuyển huyết thanh HBeAg: HBeAg (-) & anti-HBe (+)
 - Chuyển huyết thanh HBsAg: HBsAg (-) & ± anti-HBs (+)
- **Đáp ứng sinh hoá:** bình thường hóa ALT
- **Đáp ứng mô học:** giảm ít nhất 2 điểm về viêm hoại tử và điểm xơ hoá không xấu hơn.
- **Đáp ứng hoàn toàn:** bao gồm đáp ứng siêu vi + huyết thanh + sinh hoá + mô học

CÁC THUỐC ĐIỀU TRỊ KHÁNG VIÊM VI GAN B HIỆN NAY:

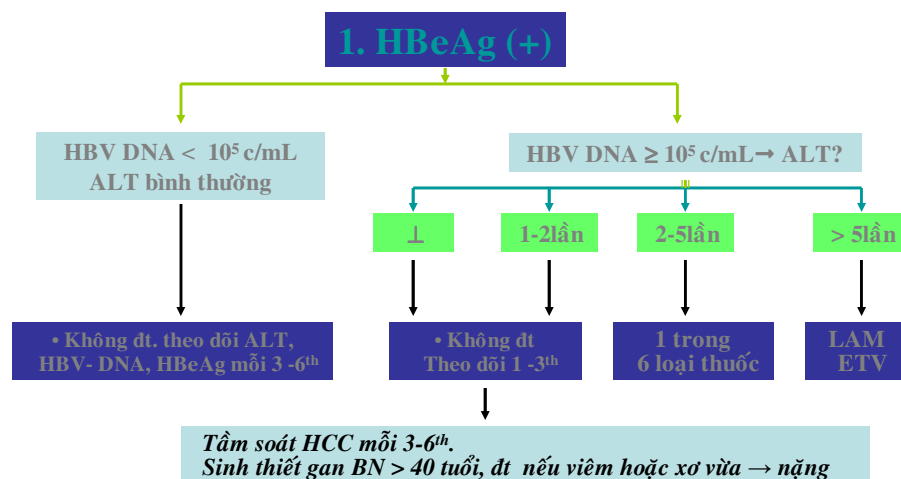
Được FDA công nhận:

- **Điều hòa miễn dịch:**
 - Interferon- (1992).
 - PegInterferon- (2005).
- **Chất tương tự Nucleotide:**
 - Lamivudine (1998)
 - Adefovir (2003)
 - Entecavir (2005)
 - Telbivudine (2006)

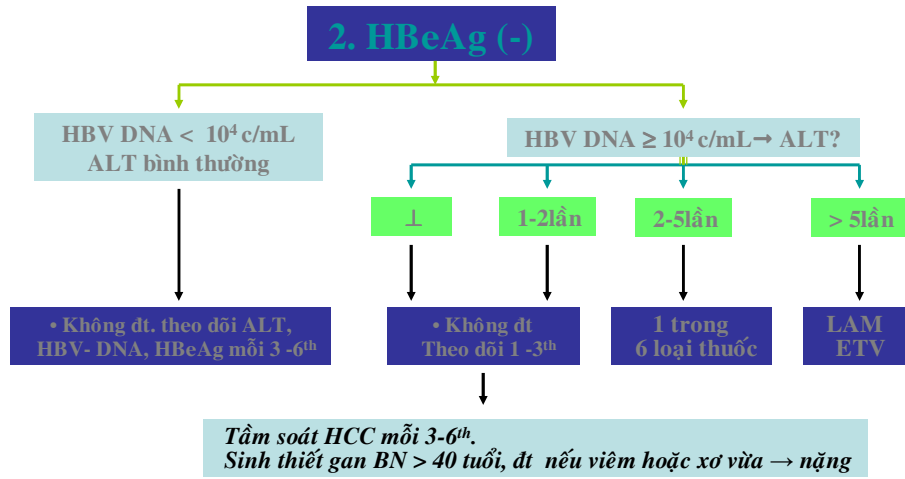
Phase III studies:

- Emtricitabine
- Tenofovir
- Clevudine

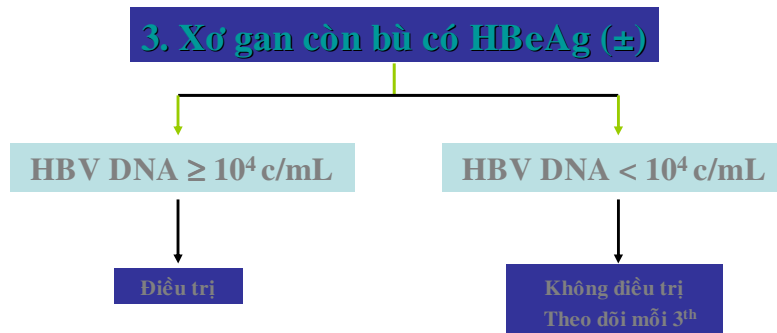
KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ THEO AASLD (the American Association for the Study of Liver Diseases 2007).



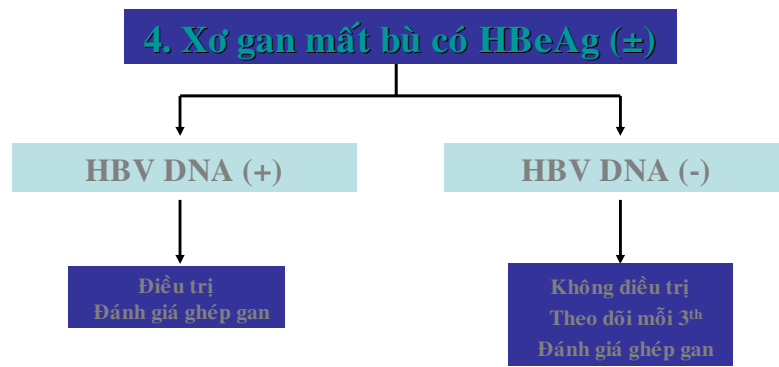
Tgian điều trị: IFNα 6th; PegIFNα2a 6th; LAM, ADV & ETV ≥ 1^N ngưỡng dt ít nhất 6th-1^N sau khi chuyển huyết thanh & HBV-DNA (-). Sau ngưng dt theo dõi ALT, HBV-DNA, HBeAg mỗi 3th/ năm đầu.



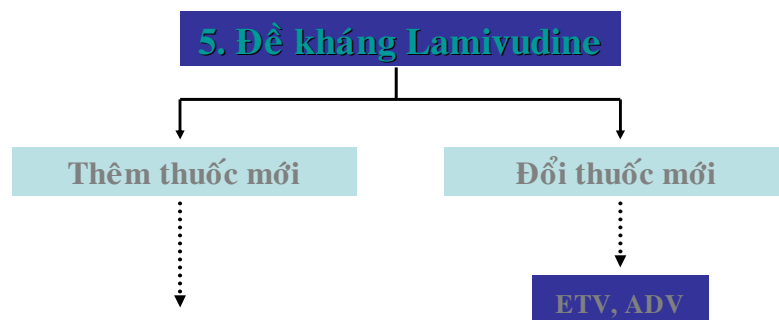
Tgian điều trị: IFNa & PegIFNa2a 12th; LAM, ADV & ETV ≥ 1,5^N ngưng điều trị ít nhất 1^N sau khi HBV-DNA (-) & ALT bình thường. Sau ngưng điều trị theo dõi ALT, HBV-DNA, HBeAg mỗi 3th.



LAM, ADV, ETV & IFN là chọn lựa đầu tiên.
Do dt thời gian dài ADV, ETV thích hợp hơn LAM.



Mục đích: ổn định & cải thiện chức năng gan.
 LAM, ADV & ETV là những chọn lựa.



Lợi ích của dtLAM tiếp tục ở BN có biến thể YMDD
 -Chuyển đổi huyết thanh HBeAg (-) ± xảy ra
 -Duy trì ức chế chủng SV hoang dại
 -Duy trì sự cải thiện ALT & HBV DNA ở phần lớn BN
 -Có thể duy trì cải thiện mô học.

Chú thích: (+): dương tính; (-): âm tính; th: tháng; N: năm; LAM: lamivudine; ADV:adefovir; ETV: entecavir; IFN: interferon ; PegIFN2a: peginterferon-2a.

TÓM LẠI:

- Điều trị viêm gan B mạn có nhiều tiến bộ và được hỗ trợ đặc lực của xét nghiệm sinh học phân tử.
- Điều trị đặc hiệu cải thiện rất lớn nguy cơ biến chứng.
- Interferon cho thời gian điều trị xác định, không gây đột biến, hiệu quả ức chế lâu dài, nhưng nhiều tác dụng phụ và chi phí cao.
- Nhóm nucleotide thời gian điều trị không xác định, dễ kháng thuốc, dễ tái phát, nhưng ít tác dụng phụ.
- Tùy từng trường hợp cụ thể để lựa chọn thuốc thích hợp, trong tương lai xu hướng điều trị phối hợp thuốc?

Tham Khảo

1. Anna SF Lok. Overview of the management of chronic hepatitis B and case examlpes. UPTODATE (version 15.3) August 2007.
2. Guidelines By the American Association for the Study of liver Disease (AASLD)
3. EMMET B. KEEFFE. Hepatitis B: Explosion of New Knowledge. GASTROENTEROLOGY 2007;133:1718–1728