**VIÊM GAN SIÊU VI B MẠN TÍNH**

**1. ĐẠI CƯƠNG VIÊM GAN SIÊU VI B MẠN TÍNH:**

- Viêm gan siêu vi B là một vấn đề toàn cầu hiện nay, với 1/3 dân số thế giới bị lây nhiễm, đặt biệt là tại các khu vực đang phát triển. Trong số đó 350.000 -

400.000 người bị nhiễm mạn tính suốt đời. Riêng Việt Nam có khoảng 15 -20% dân số bị nhiễm HBV mạn. Bệnh viêm gan siêu vi B mạn tính thường âm thầm không có triệu chứng cho đến khi có biến chứng nặng như xơ gan, ung thư tế bào gan.

- Virus viêm gan B có thể lây nhiễm qua máu, dịch tiết âm đạo, tinh dịch và lây từ mẹ sang con lúc sinh.

**2. CHẨN ĐOÁN VIÊM GAN SIÊU VI B MẠN TÍNH:**

**2.1. Dịch Tễ:**

- Tiền căn gia đình có người thân bị viêm gan.

- Tiền căn cá nhân: có quan hệ tình dục không an toàn, dùng chung kim tiêm, thủ thuật xuyên qua da, truyền máu.

**2.2. Lâm Sàng:** có thể có hoặc không có triệu chứng. Bệnh nhân viêm gan mạn có thể có các triệu chứng như gan to, lách to, mỏi cơ, bàn tay son, nốt nhện. Triệu chứng cơ năng có thể chán ăn, mệt mỏi, đau tức hạ sườn phải.

**2.3. Cận Lâm Sàng:**

❖ AST, ALT tăng kéo dài hơn 06 tháng.

❖ HBsAg (+)

❖ HBV - DNA (+)

❖ Siêu âm: mật độ gan thô

❖ Sinh thiết gan: có hình ảnh viêm gan mạn.

**3. ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN SIÊU VI B MẠN TÍNH:**

**3.1. Mục Tiêu Điều Trị:**

Mục tiêu cơ bản của điều trị viêm gan siêu vi B mạn là ức chế lâu dài nồng độ HBV -DNA trong huyết thanh đến mức thấp nhất, ngăn ngừa tiến triển sang xơ gan, suy tế bào gan, ung thư gan, bình thường hoá men gan, cải thiện mô học gan, chuyển đổi huyết thanh HBeAg ở bệnh nhân có HBeAg (+), hiếm hơn là làm âm tính HBsAg.

**3.2. Chỉ Định Điều Trị:**Cần đủ 2 tiêu chuẩn sau:

- Bệnh viêm gan siêu vi B đang tiến triển với ALT tăng >2 lần giới hạn trên của trị số bình thường, hoặc sinh thiết gan có biểu hiện viêm hoại tử trung bình/nặng và/hoặc xơ hoá trung bình (đánh giá bằng phương pháp không xâm lấn cũng có giá trị).

- Có sự tăng sinh của virus được xác định trong 2 trường hợp (theo APASL):

۩ HBsAg (+), HBeAg (-) và HBV - DNA > 2x104 IU/ml.

۩ HBsAg (+), HBeAg (+) và HBV - DNA > 2x103 IU/ml.

- Đối với những bệnh nhân có HBV - DNA (+) nhưng ALT liên tục bình thường hay tăng ít không có khuyến cáo điều trị, ngoại trừ có bằng chứng xơ hoá hay xơ gan.

**3.3. Phác Đồ Điều Trị:**

**3.3.1. Bệnh Nhân Mới Chưa Từng Điều Trị**

**3.3.1.1. Thuốc Uống:** chọn 1 trong những thuốc sau:

- Lamivudin: 100 mg/ngày.

- Adefovir: 10 mg/ngày.

- Entercavir: 0,5 - 1 mg/ngày.

- Có thể dùng 1 thuốc hoặc phối hợp Lamivudin + Adeíovir hoặc Entercavir + Adefovir.

**3.3.1.2. Thuốc Tiêm:**

- Interferon: 10 triệu đơn vị/tuần x 24 tuần.

- Peg - interferon:

۩ 2a: 180 pg/tuần x 24 tuần

۩ 2b: 1 - 1,5 pg/tuần x 24 tuần

**3.3.2. Ngưng Điều Trị (Thuốc Uống):**

**3.3.2.1. HBeAg (+):**

- Ngưng thuốc sau khi có chuyển đổi huyết thanh (HBeAg (-)) và HBV DNA dưới ngưỡng phát hiện 6 - 12 tháng điều trị củng cố.

- Tiếp tục đến khi mất HBsAg (có khả năng không hạn định thời gian) đối với bệnh nhân xơ gan,

**3.3.2.2. HBeAg (-):** tiếp tục thuốc uống cho đến khi mất HBsAg hoặc xem xét ngừng thuốc nếu HBV DNA dưới ngưỡng phát hiện 3 lần cách nhau 6 tháng.

**3.3.3.**Ở những bệnh nhân đã được điều trị thuốc kháng virus: Lamivudin 100mg/ngày hoặc Adefovir 10mg/ngày nhưng không đáp ứng sau 3 tháng hoặc không có đáp ứng tối ưu sau 06 tháng chuyển sang 1 loại thuốc khác nhóm (Tenofovir hoặc Entecavir) hoặc phối hợp 2 thuốc khác nhóm.

**3.3.4.**Viêm gan siêu vi B mạn tính biến chứng xơ gan còn bù: nếu ALT tăng và nồng độ HBV - DNA trên ngưỡng phát hiện hoặc HBV - DNA > 2.000 IU/ml, ALT bình thường, có thể dùng thuốc uống hoặc tiêm.

**3.3.5.**Viêm gan siêu vi B mạn tính biến chứng xơ gan mất bù: chống chỉ định Interferon, nên dùng Tenofovir, Entecavir hoặc Lamivudine + Adefovir.

**3.3.6.**Trường hợp ALT tăng 1 - 2 lần giá trị bình thường, nồng độ HBV -DNA cao, có tiền sử gia đình liên quan đến HCC, nên xem xét sinh thiết gan, hoặc các phương pháp không xâm lấn đánh giá mức độ xơ hoá để quyết định điều trị.

**3.3.7.** Phụ nữ viêm gan siêu vi B đang được điều trị thuốc uống và có thai: nên tiếp tục các thuốc nhóm B trong bảng phân loại của FDA (như Tenofovir).

Tránh các thuốc nhóm C: Lamivudin, Adefovir, Entecavir. Chống chỉ định inteferon. Lamivudin có thể sử dụng vào 3 tháng cuối thai kỳ để ngăn chặn lây truyền từ mẹ sang con.

**3.3.8. Bệnh Nhân Kháng Thuốc:**

- Kháng Lamivudin: phối hợp với Adefovir hay chuyển sang dùng Tenoíovir.

- Kháng Adefovir: phối hợp hay chuyển qua Lamivudin, Entecavir hay chuyển qua Tenofovir.

- Kháng Entecavir: phối hợp Tenofovir hay Adefovir.

- Kháng Lamivudin và Adefovir: chuyển qua phối hợp Entecavir + Tenofovir.

**3.4. Điều Trị Hỗ Trợ:**

Nghỉ ngơi, tránh lao động nặng, hạn chế các thuốc gây hại cho gan, không uống rượu bia. Đối với bệnh nhân có nồng độ ferritin trong huyết thanh cao nên giảm các thức ăn có chất sắt (thịt bò, đồ biển, rau muống, rau dền, cải xanh).

**4. THEO DÕI VIÊM GAN SIÊU VI B MẠN TÍNH:**

- Trong thời gian điều trị:

۩ Theo dõi các triệu chứng lâm sàng, AST, ALT, HBeAg mỗi 3 tháng.

۩ Nếu dùng Tenofovir hay Adefovir cần theo dõi creatinine.

۩ Kiểm tra nồng độ HBV - DNA vào tuần thứ 12 để đánh giá đáp ứng hoặc thất bại điều trị. Bệnh nhân có đáp ứng sẽ tiếp tục điều trị, theo dõi HBV - DNA mỗi 06 tháng. Nếu thất bại thì thêm thuốc hoặc chuyển thuốc khác.

- Sau khi ngưng điều trị cần theo dõi mỗi tháng trong 03 tháng, rồi mỗi 03 tháng trong 1 năm đầu để phát hiện tái phát sớm. Sau đó theo dõi mỗi 06 tháng.

- Đối với bệnh nhân có nồng độ HBV -DNA cao, men gan bình thường cũng cần theo dõi mỗi 03 tháng.