

Bệnh viêm gan B

SINH LÝ HỌC

LỊCH SỬ TỰ NHIÊN — chiều dọc so với chiều ngang

lây truyền (viêm gan cấp tính → bệnh mãn tính

phát triển ở > 90% trẻ sơ sinh và ở <5% nếu > 12

tuổi) → 12–20% bị viêm gan mãn tính tiến triển thành xơ gan trong 5 năm → 20% bị xơ gan còn bù tiến triển thành mất bù sau 5

năm và 6–15% tiến triển thành ung thư biểu mô tế bào gan (HCC)

VIÊM GAN CẤP CỨU B — có thể bao gồm từ viêm gan cận lâm sàng / hậu môn (70%) đến viêm gan ruột

(30%) và thậm chí suy gan tối cấp

(0,5–1%). Các triệu chứng: sốt, chán ăn, phát ban, buồn nôn, vàng da, đau RUQ, đau khớp và

viêm khớp. ↑ ALT và AST

VIÊM GAN CHRONIC B — HBsAg + ≥6 tháng

bị viêm gan mãn tính, được chia nhỏ theo tình trạng HBeAg dương tính / âm tính (HBV DNA thấp hơn ở

Bệnh nhân HBeAg)

- BỆNH VIÊM XOANG TUYẾN TÍNH MIỄN DỊCH B (nếu dọc truyền) —cao HBV DNA, HBeAg +, nhưng

không có viêm gan hoạt động, không có triệu chứng,

ALT bình thường, như thiếu phản ứng miễn dịch ở trẻ em. Kéo dài 10–30 năm

- BỆNH VIÊM XOANG TĂNG CƯỜNG MIỄN DỊCH B — miễn dịch
đáp ứng chống lại HBV dẫn đến viêm gan mãn tính với viêm hoại tử vừa-nặng
+/- hbrosis; có thể chuyển đổi huyết thanh HBeAg (HBV DNA
thường > 20.000 IU / mL nếu HBeAg + so với > 2.000
IU / mL nếu HBeAg -)
- BỆNH VIÊM XOANG KHÔNG TÁC ĐỘNG B — HBeAg-, HBeAb +,
mức độ sao chép của virus thấp (HBV DNA < 2.000
IU / mL), thường là men gan bình thường, sinh thiết
với tình trạng viêm hoại tử tối thiểu nhưng có thể thay đổi
hbrosis

CÁC YẾU TỐ RỦI RO — lây truyền dọc, đặc hữu

khu vực, truyền máu, lọc máu, nhân viên y tế,

IVDU, quan hệ tình dục rủi ro cao, xỏ lỗ trên cơ thể, xăm mình, nội tạng
cấy ghép

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

LỊCH SỬ — các triệu chứng của rối loạn chức năng gan

(vàng da, chảy máu, nhiễm trùng, cổ trướng, lú lẫn), thay đổi cân nặng, các yếu tố
nguy cơ của bệnh viêm gan

(tiền sử gia đình, hoạt động tình dục, TCMT, xăm mình, xỏ khuyên, nhân viên y tế,
truyền máu, lọc máu),

tiền sử bệnh trong quá khứ (rượu, HCV, HIV), tiền sử dùng thuốc

VẬT LÝ — khám gan, dấu tích của

bệnh gan mãn tính (xem trang 149), cân nặng

ĐIỀU CHỈNH NGOẠI LỆ CỦA

HBV — viêm đa nút, màng

bệnh thận, viêm cầu thận tăng sinh màng

ĐIỀU TRA

NỀN TẢNG

- LABS — CBC, dung dịch kiểm, urê, Cr, glucose, AST, ALT,

ALP, bilirubin, INR, albumin, huyết thanh học HBV

(HBsAb, HBsAg, HBcIgM, HBcIgG để xác định

tình trạng nhiễm trùng / miễn dịch, HBeAg, HBeAb,

định lượng HBsAg, HBV DNA để sao chép tích cực), huyết thanh học HAV, huyết
thanh học HCV, huyết thanh học HDV, huyết thanh học HIV

- IMAGING — US Abd, Fibroscan® (không xâm lấn

đánh giá tình trạng xơ hóa gan bằng cách sử dụng US)

ĐẶC BIỆT

- SINH THIẾT GAN

CÁC VẤN ĐỀ CHẨN ĐOÁN

BỆNH HỌC VIÊM GAN B

- HBSAG — kháng nguyên bề mặt viêm gan B. Tích cực nếu nhiễm trùng tích cực

- HBSAB — kháng thể chống lại bề mặt viêm gan B kháng nguyên. Dương tính nếu được chủng ngừa (trong quá khứ nhiễm trùng hoặc tiêm chủng)

- HBCIGM — kháng thể IgM chống lại bệnh viêm gan B kháng nguyên lõi. Gợi ý nhiễm trùng sớm

(cho biết khoảng thời gian cửa sổ) hoặc kích hoạt lại

- HBCIGG — kháng thể IgG chống lại bệnh viêm gan B

kháng nguyên lõi. Gợi ý phơi nhiễm viêm gan B (không phải do tiêm chủng)

- HBEAG — kháng nguyên điện tử, chỉ thị về sự sao chép và lây nhiễm của virus. HBeAg– không có HBeAb

tích cực cho thấy nhiễm HBV mãn tính với

đột biến gen / promoter tiền lõi: cao hơn

nguy cơ thất bại điều trị và tiến triển

tổn thương gan ngay cả với HBV DNA thấp

- HBEAB — kháng thể chống lại protein vỏ viêm gan B. Đề xuất mức độ sao chép của virus thấp / không,

thường có khả năng lây nhiễm thấp

- HBV DNA — xác định trực tiếp HBV

DNA, tái tạo hoạt động sao chép của virus, có liên quan đến nguy cơ xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan. HBV

DNA quan trọng trong cả HBeAg + và HBeAg–

các cá nhân để xác định nhu cầu điều trị kháng vi-rút

SỰ QUẢN LÝ

NHỮNG THAY ĐỔI CUỘC SỐNG — tránh sử dụng rượu, giáo dục tình dục, tiêm phòng HBV

ĐIỀU TRỊ — chất tương tự nucleos (t) Ide

(tenofovir alafenamide 25 mg uống mỗi ngày hoặc tenofovir disoproxil fumarate 300 mg mỗi ngày, entecavir

0,5 mg mỗi ngày)

VACCINATION — tiếp xúc trong gia đình và tình dục

CÁC VẤN ĐỀ ĐIỀU TRỊ

ĐIỀU TRỊ VIÊM XOANG B

KHÔNG CÓ MẠCH

- BỆNH NHÂN TÍCH CỰC HBEAG — cân nhắc điều trị

nếu mức HBV DNA > 20.000 IU / mL và tăng

ALT > 2 × ULN × 3–6 tháng (ALT bình thường 19–25

U / L ♀, 29–33 U / L ♂); hoặc nhiễm trùng và nhiễm trùng rõ rệt ($\geq$ F2); điều trị × 12 tháng sau

Chuyển đổi huyết thanh HBeAg

- BỆNH NHÂN TIÊU CỰC CÓ HBEAG (NHIỆM VỤ XÚC TIẾN TRƯỚC HOẶC CỐT LỖI) - cân nhắc điều trị nếu HBV

DNA > 2000 IU / mL và ALT tăng > 2 × ULN

× 3–6 tháng; hoặc nhiễm trùng đáng kể và
hbrosis ($\geq F2$); điều trị để mất HBsAg

CẦN NHẬN XÉT ĐẶC BIỆT

- VIÊM MẠNG TOÀN DIỆN — nếu HBV DNA có thể phát hiện được
> 2000 IU / mL, điều trị vô thời hạn; nếu HBV DNA
<2000 IU / mL, xem xét điều trị nếu ALT

cao

- VIÊM MŨI ĐÃ KHẮC PHỤC — điều trị ngay lập tức,
bất kể ALT / HBV DNA, ưu tiên điều trị
với entecavir 1 mg PO mỗi ngày, xem xét gan
cấy ghép

- CÓ THAI - kiểm tra HBsAg trong ba tháng đầu, nếu
dương tính sau đó kiểm tra HBV DNA ban đầu, HBeAg /
anti-HBe, ALT và lặp lại ở tuần thứ 26–28. Nếu
HBV DNA > 200.000 IU / mL, điều trị kháng vi rút
cho mẹ + tiêm phòng + HBIG cho trẻ sơ sinh
12 giờ sinh. Nếu HBV DNA $\leq$ 200.000 IU / mL,
tiêm chủng + HBIG trong vòng 12 giờ sau sinh

- KHẢO SÁT HCC — giám sát chỉ định:

tiền sử gia đình mắc HCC, Châu Á ♂ > 40 tuổi, Châu Á

♀ > 50 tuổi, Người da đen, HBV DNA > 20.000 IU / mL +

ALT cao, xơ gan Child-Pugh A / B hoặc C nếu được đưa vào danh sách chờ ghép.
Hoa Kỳ q6 tháng +/- AFP

