

Nuôi con bằng sữa mẹ trong trường hợp mẹ có viêm gan siêu vi B**Nuôi con bằng sữa mẹ trong trường hợp mẹ có nhiễm HIV**Âu Nhựt Luân¹

© Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

¹ Giảng viên, Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: aunhutluan@gmail.com**Mục tiêu bài giảng**

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Phân tích được nguyên lý của việc thực hành nuôi con bằng sữa mẹ ở người mẹ có virus viêm gan siêu vi B
2. Phân tích được nguyên lý của việc thực hành nuôi con bằng sữa mẹ ở người mẹ có nhiễm HIV

NGUYÊN LÝ CỦA VIỆC THỰC HÀNH NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ Ở NGƯỜI MẸ CÓ NHIỄM HBV

Nếu không can thiệp, thì việc nuôi con bằng sữa mẹ ở người nhiễm virus viêm gan B có liên quan đến nguy cơ lây truyền dọc.

Tầm soát trong thai kỳ tình trạng nhiễm HBV được khuyến cáo thực hiện cho mọi thai phụ. Người mẹ có virus HBV lưu hành trong máu có thể là người lành mang trùng hay người bệnh viêm gan đang tiến triển. Việc phân định được thực hiện nhờ khảo sát HBsAg và HBeAg. Khi người mẹ có huyết thanh HBsAg (+), cần thực hiện khảo sát HBeAg. Nếu HBeAg cũng dương tính, khảo sát HBV DNA sẽ được thực hiện nhằm xác định tải lượng virus máu và quyết định điều trị kháng virus dựa trên tải lượng này.

Virus viêm gan B có thể được lây truyền dọc từ mẹ sang con (Mother-To-Child Transmission) (MTCT) trong thai kỳ, trong chuyển dạ, và trong thời gian hậu sản. Sơ sinh với viêm gan B có nguy cơ cao sẽ phát triển thành ung thư gan sau này. Vì vậy, vấn đề phòng tránh MTCT là mục tiêu quan trọng của quản lý viêm gan B trong thai kỳ, trong chuyển dạ và trong thời kỳ hậu sản.

Nếu áp dụng đầy đủ các biện pháp phòng tránh cần thiết thì bà mẹ vẫn có thể thực hiện được nuôi con bằng sữa mẹ.

Trong thời kỳ hậu sản, cũng như nhiều loại virus khác, virus viêm gan B hiện diện trong sữa mẹ. Điều này gây ra mối quan ngại rằng việc nuôi con bằng sữa mẹ sẽ gây MTCT HBV. Tuy nhiên, việc nuôi con bằng sữa công thức có liên quan đến nhiều yếu tố bất lợi cho trẻ. Quyết định lựa chọn nuôi con bằng sữa công thức hay nuôi con bằng sữa mẹ tùy thuộc vào cân bằng giữa lợi ích và nguy cơ, cũng như tính hiệu quả và tính sẵn có của các biện pháp phòng chống MTCT. Nếu như có thể ngăn được một cách có hiệu quả MTCT, thì vẫn có thể thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ, nhằm tranh thủ tất cả lợi ích của nuôi con bằng sữa mẹ mà không sợ bị MTCT. Các bằng chứng y học chứng cứ (Evidence-Based Medicine) (EBM) xác nhận rằng nếu áp dụng đủ các biện pháp dự phòng cần thiết thì mẹ vẫn có thể thực hiện được nuôi con bằng sữa mẹ, và trẻ cũng hoàn toàn được bảo vệ khỏi MTCT qua sữa mẹ.

Biện pháp phòng tránh MTCT gồm kiểm soát tải lượng virus trong thai kỳ, tiêm phòng sau sanh cho sơ sinh.

Phòng tránh MTCT trong thai kỳ được thực hiện bằng điều trị kháng virus khi tải lượng virus vượt quá mức cho phép (xem bài “Các vấn đề thường gặp trong 3 tháng đầu thai

kỳ: Thai kỳ với viêm gan siêu vi B”). Kiểm soát tải lượng virus cho phép hạn chế tối đa lây truyền dọc trong thai kỳ.

Tuy nhiên, phần lớn các MTCT HBV từ mẹ sang con xảy ra sau sanh. Tuy nhiên cần nhớ rằng MTCT sau sanh có thể thực hiện qua rất nhiều đường chứ không phải duy nhất là qua đường sữa mẹ.

Dù trẻ có được nuôi bằng sữa mẹ hay không thì vẫn phải thực hiện hai biện pháp để bảo vệ cho trẻ:

1. Tiêm globulin sớm trong những giờ đầu sau sanh
2. Tiêm vaccin dự phòng viêm gan cho trẻ

Cơ sở dữ liệu EBM từ 8 RCT lớn cho thấy:

- Trong trường hợp thực hiện đầy đủ các biện pháp phòng tránh, không có sự khác biệt về MTCT giữa nhóm có nuôi con bằng sữa mẹ và bằng sữa công thức, với Odds ratio là 0.86 (95% CI, 0.51-1.45).
- Cũng không có sự khác biệt về tỉ lệ trẻ có HBsAg dương 6-12 tháng sau sanh giữa 2 nhóm trẻ bú sữa công thức và nhóm trẻ bú mẹ, với Odds ratio là 0.98 (95% CI, 0.69-1.40).
- Không có bất cứ sự kiện hay biến chứng nào xảy ra ở nhóm trẻ được nuôi con bằng sữa mẹ.

NGUYÊN LÝ CỦA VIỆC THỰC HÀNH NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ Ở NGƯỜI MẸ CÓ NHIỄM HIV

Nếu không can thiệp thì sơ sinh từ mẹ nhiễm HIV sẽ có nguy cơ cao bị nhiễm HIV qua nuôi con bằng sữa mẹ.

Trên toàn thế giới, nguyên nhân chủ yếu gây nhiễm HIV ở trẻ là MTCT HIV từ mẹ sang con. MTCT HIV có thể xảy ra trong thai kỳ, quanh chuyển dạ, hay qua nuôi con bằng sữa mẹ.

Rất nhiều nỗ lực đã được thực hiện để làm giảm một cách hiệu quả MTCT HIV.

Trong thai kỳ, phòng tránh MTCT được thực hiện bằng cách thực hiện đa trị liệu với các kháng retrovirus (Anti-RetroVirus) (ARVs).

Trong chuyển dạ, phòng tránh MTCT được thực hiện bằng cách mổ sanh chủ động khi chưa có cơn co và khi các màng ối chưa vỡ.

Tuy nhiên, nếu không thực hiện các can thiệp cần thiết thì một tỉ lệ quan trọng trẻ sơ sinh sanh ra từ người mẹ có nhiễm HIV sẽ bị nhiễm HIV thông qua nuôi con bằng sữa mẹ.

Nếu có đủ điều kiện thực hiện giải pháp thay thế sữa mẹ (AFASS), thì mẹ nhiễm HIV không nên nuôi con bằng sữa mẹ.

Ở những nơi có điều kiện thực hiện các giải pháp thay thế cho nuôi con bằng sữa mẹ một cách kinh tế (Affordable), khả thi (Feasible), được chấp nhận bởi cộng đồng (Acceptable), một cách đầy đủ và thích hợp (Sustainable), và an toàn (Safe) (AFASS), thì khuyến cáo rằng các bà mẹ với HIV dương tính không nên thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ, bất kể tải lượng virus và kết quả đếm CD4.

Nếu không thể loại trừ bú mẹ một cách AFASS, thì mẹ nhiễm HIV phải cho trẻ bú mẹ hoàn toàn, tuyệt đối và cho trẻ ARV.

Tuy nhiên, trên một phần lớn các quốc gia đang phát triển, việc khuyến cáo các bà mẹ có nhiễm HIV loại trừ hoàn toàn việc thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ thường không thoả AFASS. Trong trường hợp mẹ không thể loại trừ việc thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ một cách AFASS, thì bà ta sẽ được khuyến khích thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ tuyệt đối hoàn toàn, có nghĩa là trẻ chỉ nhận sữa mẹ, và hoàn toàn không có gì khác ngoài sữa mẹ, kể cả thực phẩm, nước hay các dịch khác. Đồng thời với việc thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn, phải tiến hành cung cấp điều trị ARVs cả cho mẹ và sơ sinh trong thời gian thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ. Can thiệp ARVs cho mẹ và cho trẻ có thể hạn chế được khả năng xảy ra MTCT cho trẻ bú mẹ hoàn toàn và tuyệt đối.

Chi tiết can thiệp ARVs cho mẹ và cho trẻ như sau:

Cần phân biệt 2 đối tượng thai phụ có nhiễm HIV

1. Nhóm thai phụ thứ nhất là nhóm thai phụ cần ARVs điều trị và đồng thời dự phòng MCTC.

Nhóm thai phụ thứ nhất là nhóm thai phụ cần ARVs điều trị và đồng thời dự phòng MCTC.

- Vì lợi ích của bản thân thai phụ, và để dự phòng MTCT, điều trị ARVs được thực hiện cho mọi thai phụ có HIV dương tính với đếm CD4 ≤ 350 tế bào/mm³ bất chấp giai đoạn lâm sàng WHO; hoặc giai đoạn lâm sàng WHO là 3 hay 4, bất chấp kết quả đếm CD4. Mức khuyến cáo: mạnh. Mức chứng cứ: trung bình.
- Việc bắt đầu điều trị ARVs với 3 ARVs phải được thực hiện sớm nhất có thể được, bất chấp tuổi thai. Việc điều trị phải kéo dài trong suốt thai kỳ, chuyển dạ và sau đó. Mức khuyến cáo: mạnh. Mức chứng cứ: trung bình.
- Vì lợi ích của bản thân trẻ sơ sinh, các sơ sinh sinh ra từ mẹ có nhiễm HIV cần nhận liều hàng ngày nevirapine (NVP), hay hai lần mỗi ngày zidovudin (AZT). Việc điều trị dự phòng này cần được thực hiện sớm nhất có thể được sau sanh và kéo dài đến 4-6 tuần tuổi đời. Mức khuyến cáo: mạnh. Mức chứng cứ: trung bình.
- Vì lợi ích của bản thân trẻ sơ sinh, các sơ sinh sinh ra từ mẹ có nhiễm HIV và được nuôi bằng sữa công thức

thoả AFASS, cần nhận liều hàng ngày nevirapine (NVP), hay hai lần mỗi ngày zidovudin (AZT). Việc điều trị dự phòng này cần được thực hiện sớm nhất có thể được sau sanh và kéo dài đến 4-6 tuần tuổi đời. Mức khuyến cáo: theo kinh nghiệm. Mức chứng cứ: thấp.

2. Nhóm thai phụ thứ nhì là nhóm thai phụ cần ARVs dự phòng MCTC.

Nhóm thai phụ thứ nhì là nhóm thai phụ cần ARVs dự phòng MTCT

(CD4 > 350 và giai đoạn WHO không phải là 3 hay 4)

Với các thai phụ không cần ARVs điều trị, vì lợi ích của bản thân thai phụ, và để dự phòng cho trẻ cần một dự phòng hiệu quả MCTC, cần thực hiện điều trị dự phòng với ARV. ARV dự phòng cần được bắt đầu sớm, khoảng tuần thứ 14 tuổi thai, hay sớm nhất có thể được sau đó, kéo dài trong suốt thai kỳ, chuyển dạ và sau sanh, nhằm dự phòng MTCT. Mức khuyến cáo mạnh. Mức chứng cứ yếu. Cụ thể có thể theo 1 trong 2 phương án tương đương nhau.

Phương án A:

- Với các thai phụ không cần ARVs điều trị, vì lợi ích của bản thân thai phụ, điều trị dự phòng cho mẹ theo phương án A gồm (1) AZT hai lần mỗi ngày; (2) AZT phối hợp với NVP liều duy nhất (sd-NVP) khi bắt đầu có chuyển dạ; và (3) AZT hai lần mỗi ngày phối hợp với lamivudine (3TC) trong cuộc sanh, kéo dài đến 7 ngày sau sanh.
- Với trẻ sơ sinh bú mẹ, cần cho trẻ NVP hàng ngày, kể từ khi sanh cho đến một tuần sau khi dứt hoàn toàn sữa mẹ. Trong trường hợp ngưng bú mẹ sớm, thì việc dự phòng với NVP phải được kéo dài đến ít nhất 4-6 tuần sau đó. Mức khuyến cáo mạnh. Mức chứng cứ trung bình.
- Với trẻ sơ sinh không bú mẹ và thoả AFASS, cần cho trẻ NVP hàng ngày hay sd-NVP phối hợp với NVP hai lần mỗi ngày từ khi sanh cho đến khi trẻ được 4-6 tuần tuổi. Mức khuyến cáo theo kinh nghiệm. Mức chứng cứ yếu.

Phương án B:

- Với các thai phụ không cần ARVs điều trị, vì lợi ích của bản thân thai phụ, điều trị dự phòng cho mẹ theo phương án B gồm 3 ARVs phối hợp mỗi ngày cho đến khi sanh, hoặc, trong trường hợp có cho bú mẹ, thì kéo dài cho đến 1 tuần sau khi dứt hẳn bú mẹ. Mức khuyến cáo mạnh. Mức chứng cứ trung bình.
- Với trẻ sơ sinh bú mẹ, cùng với dự phòng 3 ARVs ở mẹ, cần cho trẻ NVP hàng ngày, hay AZT hai lần mỗi ngày kể từ khi sanh cho đến khi trẻ được 4-6 tuần tuổi. Mức khuyến cáo mạnh. Mức chứng cứ yếu.
- Với trẻ sơ sinh không bú mẹ và thoả AFASS, cùng với dự phòng 3 ARVs ở mẹ, cần cho trẻ NVP hàng ngày hay AZT hai lần mỗi ngày từ khi sanh cho đến khi trẻ được 4-6 tuần tuổi. Mức khuyến cáo theo kinh nghiệm. Mức chứng cứ yếu.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44345/1/9789241599535_eng.pdf. World Health Organization. HIV and infant feeding. 2010.