



DIỄN ĐÀN TRỰC TUYẾN DỰ PHÒNG VIÊM GAN

NATIONAL ONLINE FORUM ON VIRAL HEPATITIS PREVENTION

Hà Nội, ngày 28 tháng 8 năm 2026

SAFEStart+

 **Unitaid**
SAVE LIVES FASTER

PATH
P O T T A O + // 2 0 0

 **INTERNATIONAL COMMUNITY
OF WOMEN LIVING WITH HIV
EASTERN AFRICA (ICWEA)**

 **World
Hepatitis
Alliance**



CHƯƠNG TRÌNH

Thời gian		Nội dung	Người phụ trách
13:30-13:35		Giới thiệu đại biểu, mục đích, chủ đề và nội dung chính	Phòng Kiểm soát HIV và bệnh truyền nhiễm mạn tính, Cục Phòng bệnh
13:35-14:00		Cập nhật quản lý viêm gan B cấp - Cập nhật hướng dẫn/khuyến cáo mới - Chẩn đoán, theo dõi và quản lý	BSCKII. Nguyễn Nguyên Huyền, Giám đốc Trung tâm Phòng chống dịch, Bệnh viện, Bệnh nhiệt đới Trung ương
14:00-14:20		Cập nhật: Viêm gan B mạn và dự phòng lây truyền viêm gan B từ mẹ sang con	TS. BS. Cao Thị Thanh Thủy, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội Chuyên gia tư vấn, tổ chức PATH, dự án SAFESStart+
14:20-14:35		Góc nhìn cộng đồng: Tiếp cận khách hàng và truyền thông về viêm gan	Đỗ Thụy An My Đại diện nhóm cộng đồng
14:35-15:00		Thảo luận và hỏi đáp	Toàn bộ đại biểu
15:00		Bế mạc cuộc họp	Lãnh đạo Phòng Kiểm soát HIV và bệnh truyền nhiễm mạn tính, Cục Phòng bệnh



DIỄN ĐÀN TRỰC TUYẾN DỰ PHÒNG VIÊM GAN

NATIONAL ONLINE FORUM ON VIRAL HEPATITIS PREVENTION

Hà Nội, ngày 28 tháng 8 năm 2026

SAFEStart+

 **Unitaid**
SAVE LIVES FASTER

PATH
P O T T A O + // 2 0 0

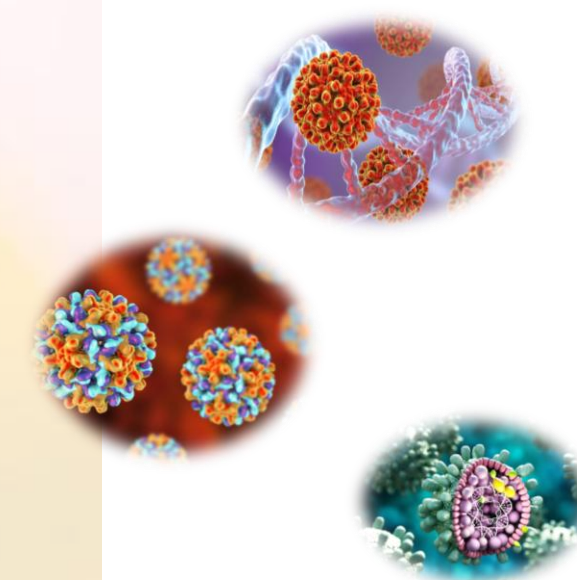
 **INTERNATIONAL COMMUNITY
OF WOMEN LIVING WITH HIV
EASTERN AFRICA (ICWEA)**

 **World
Hepatitis
Alliance**



CẬP NHẬT QUẢN LÝ VIÊM GAN B CẤP VÀ ĐỢT CẤP CỦA VIÊM GAN B MẠN

*BS CKII Nguyễn Nguyên Huyền
Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương*



NỘI DUNG



1

Các xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HBV

2

Quản lý viêm gan B cấp

3

Quản lý đợt cấp của viêm gan B mạn

Ngày 16 tháng 6 năm 2026, Bộ Y tế ban hành
Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị viêm gan vi rút B
theo quyết định số 1740/QĐ-BYT



BỘ Y TẾ

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: 1740 /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 16 tháng 6 năm 2026

QUYẾT ĐỊNH

**Về việc ban hành tài liệu chuyên môn
“Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị viêm gan vi rút B”**

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

*Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023;
Căn cứ Nghị định số 42/2025/NĐ-CP ngày 27 tháng 2 năm 2025 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;
Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh.*

QUYẾT ĐỊNH:

- Điều 1.** Ban hành kèm theo Quyết định này “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị viêm gan vi rút B”.
- Điều 2.** Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị viêm gan vi rút B được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong cả nước.
- Điều 3.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành. Quyết định này thay thế Quyết định số 3310/QĐ-BYT ngày 29/7/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị viêm gan vi rút B.
- Điều 4.** Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Vụ trưởng, Cục trưởng các Vụ/Cục thuộc Bộ Y tế; Giám đốc các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố; Thủ trưởng Y tế các Bộ, ngành; Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

- Nơi nhận:**
- Như Điều 4;
 - Bộ trưởng (để báo cáo);
 - Các Thứ trưởng (để ph/h ch/d);
 - Lưu: VT, KCB.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**


Trần Văn Thuận

NỘI DUNG



1

Các xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HBV

2

Quản lý viêm gan B cấp

3

Quản lý đợt cấp của viêm gan B mạn

AI CẦN XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN NHIỄM HBV



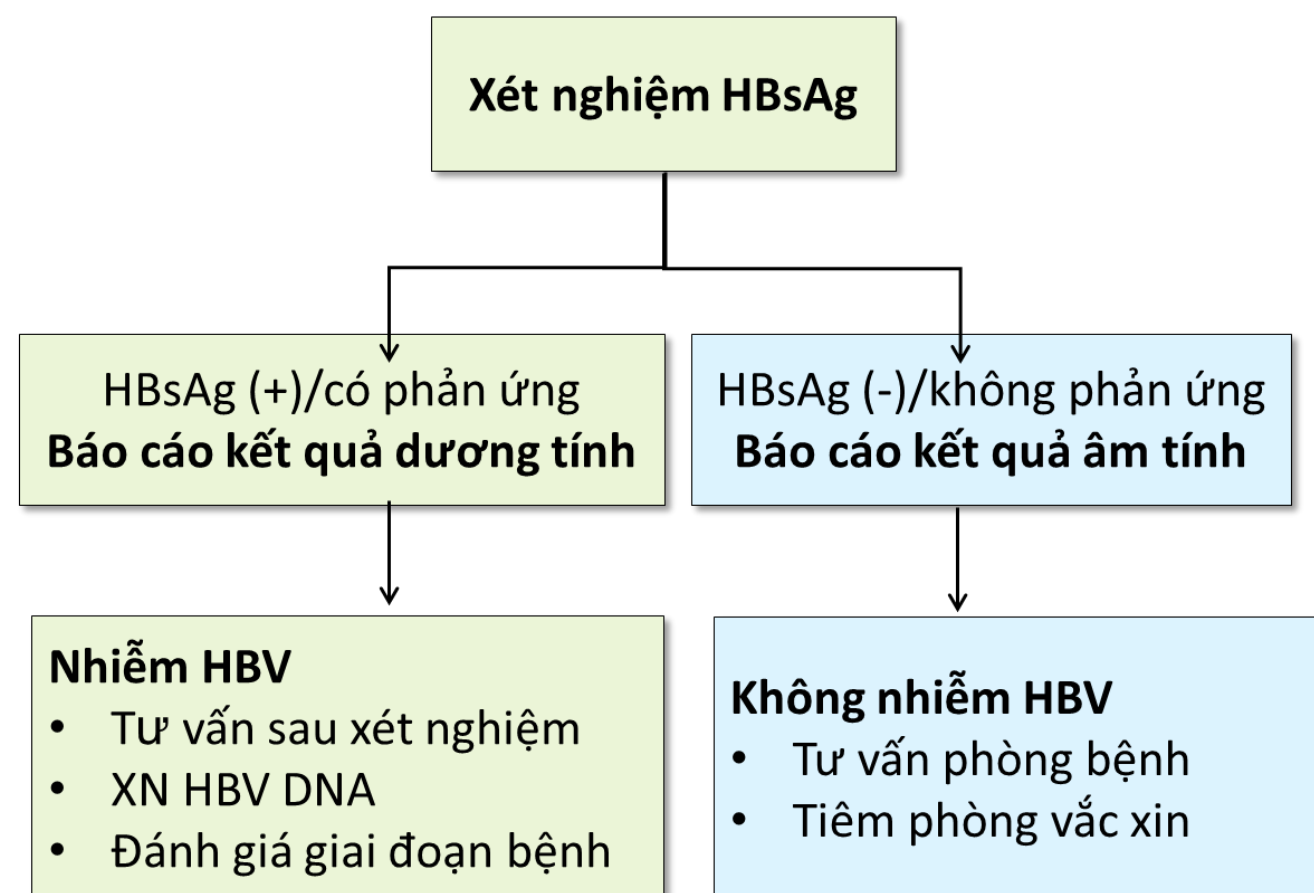
Mọi người dân đang sinh sống tại Việt nam nên xét nghiệm phát hiện sớm nhiễm HBV, đặc biệt là các đối tượng sau:

- + Người sinh trước năm 2003 - năm triển khai chương trình vắc xin VGB cho trẻ <1 tuổi trên toàn quốc.
- + Người đến tư vấn, xét nghiệm tại các phòng khám tư vấn xét nghiệm HIV, lao.
- + Phụ nữ mang thai.
- + Người có hành vi nguy cơ lây nhiễm HBV: người nhiễm HIV, người tiêm chích ma túy, MSM...
- + Người có biểu hiện nghi ngờ mắc viêm gan: có triệu chứng LS của viêm gan và hoặc XN men gan tăng.
Người có biểu hiện xơ hóa và xơ gan
- + Người bệnh phải chạy thận chu kỳ, lọc máu, truyền máu và chế phẩm máu.
- + Người bệnh trước khi điều trị ức chế miễn dịch, hoá trị liệu. Người mắc các bệnh lý khối u và ung thư
- + Nhân viên y tế chưa được tiêm vắc xin viêm gan B.
- + Người hiến máu, người hiến tạng, người cho trứng, tinh trùng.
- + Bạn tình, thành viên gia đình có người nhiễm HBV.
- + Người có tiền sử tiêm, làm thủ thuật không an toàn. Người cần dự phòng sau phơi nhiễm HBV
- + Các đối tượng khác theo yêu cầu

CÁC XÉT NGHIỆM PHÁT HIỆN NHIỄM HBV

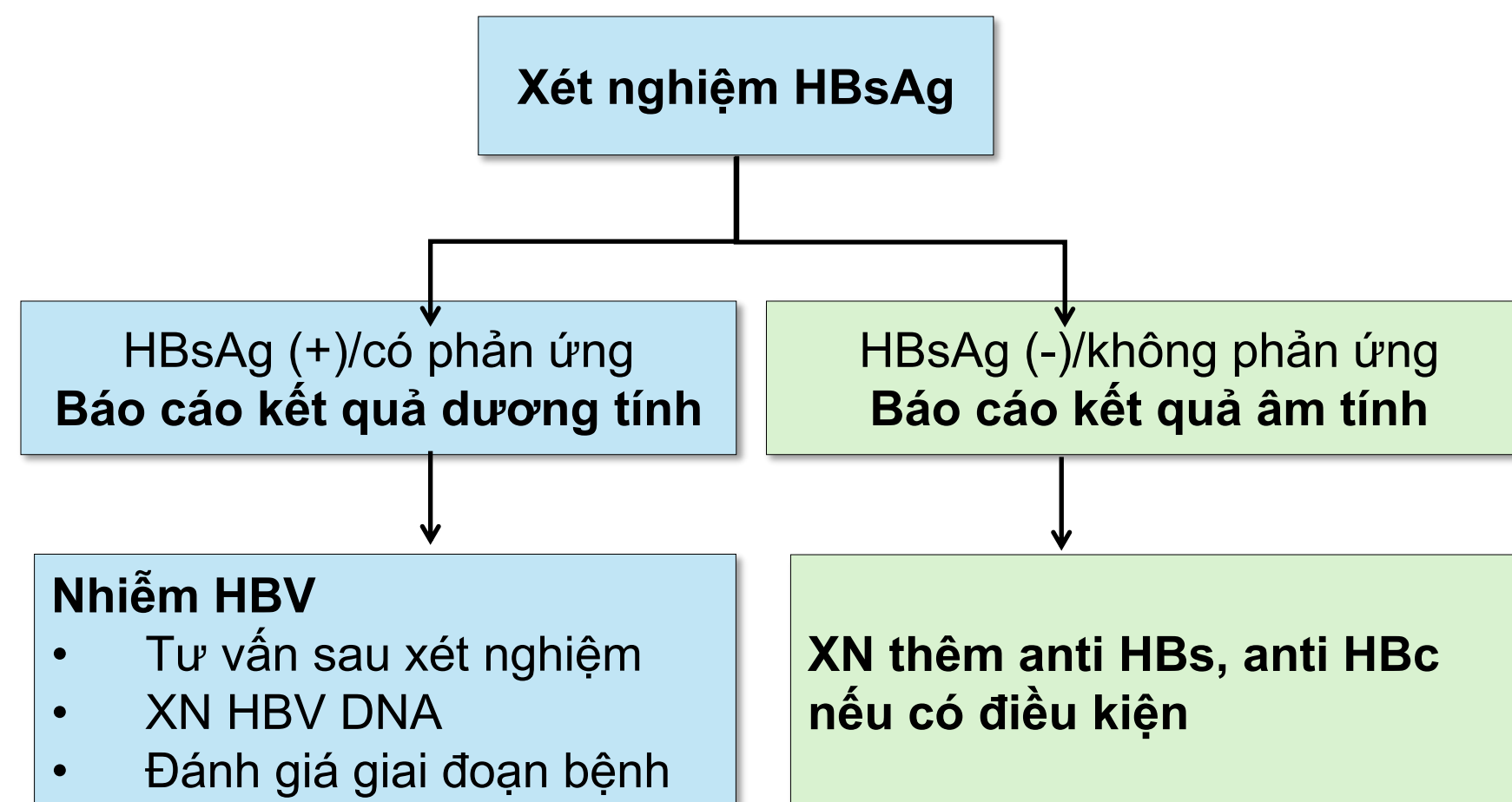
BYT 2019

- XN HBsAg



BYT 2026

- XN HBsAg, anti-HBs, anti-HBc (*nếu có điều kiện*);
- **tối thiểu phải thực hiện HBsAg**



Phiên giải các kết quả XN chẩn đoán nhiễm HBV



Các xét nghiệm			Phiên giải	Quản lý	Tiêm vắc xin viêm gan B
HBsAg	anti- HBc	anti-HBs			B
Dương tính	Dương tính	Bất kỳ	Viêm gan B mạn	Kết nối cơ sở điều trị để quản lý theo hướng dẫn	Không
Âm tính	Dương tính	≥ 10 IU/L	Hồi phục sau nhiễm HBV trong quá khứ	Không cần quản lý về viêm gan B trừ khi suy giảm miễn dịch hoặc đang hóa trị hoặc điều trị ức chế miễn dịch	Không
Âm tính	Dương tính	< 10 IU/L	Hồi phục sau nhiễm HBV trong quá khứ hoặc dương tính giả	Xét nghiệm HBV DNA nếu suy giảm miễn dịch hoặc nghi ngờ viêm gan B thể ẩn	Không
Âm tính	Âm tính	≥ 10 IU/L	Không nhiễm HBV, có miễn dịch bảo vệ do tiêm phòng	Không cần xét nghiệm thêm	Không <i>(tiếp tục bổ sung các mũi tiêm theo lịch nếu chưa hoàn thành)</i>
Âm tính	Âm tính	< 10 IU/L	Không nhiễm HBV, chưa có miễn dịch bảo vệ	xét nghiệm anti-HBs sau 1- 2 tháng kể từ khi hoàn thành liệu trình tiêm vắc xin viêm gan B nếu có điều kiện	Có <i>(tiêm đầy đủ các mũi theo liệu trình hoặc theo phác đồ tăng cường với các nhóm đối tượng đặc biệt)</i>

Ca lâm sàng 1



- Khách hàng nam, đi khám sàng lọc về viêm gan B trước khi tiêm phòng và có XN sau:
 - HBsAg âm tính
 - Anti-HBc dương tính
 - Anti HBs < 2 IU/ml
 - AST/ALT bình thường, siêu âm gan bình thường

CÂU HỎI

- Bác sĩ sẽ lựa chọn phương án nào cho khách hàng
 - A. Tiêm phòng đủ liệu trình vắc xin viêm gan B do khách hàng chưa có kháng thể
 - B. Tiêm nhắc lại 1 mũi vắc xin viêm gan B là đủ
 - B. Không tiêm phòng do có anti-HBc dương tính
 - C. Cần XN thêm HBV DNA để quyết định

CHỈ ĐỊNH TIÊM VẮC XIN VIÊM GAN B



- **Chỉ định:** người chưa nhiễm HBV và chưa có miễn dịch bảo vệ: HBsAg âm tính, anti-HBc âm tính, anti-HBs <10 IU/mL.
- **Nhóm ưu tiên:** trẻ sơ sinh, người chưa tiêm đủ, nhân viên y tế, người có nguy cơ phơi nhiễm máu/tình dục, người sống cùng người nhiễm HBV, người chạy thận nhân tạo, tiêm chích ma túy, bệnh gan mạn và đồng nhiễm HIV/HCV. .
- Việt Nam: ưu tiên tiêm cho người chưa nhiễm HBV, đặc biệt ở các nhóm nguy cơ cao.

XN để chẩn đoán sớm nhiễm HBV



- **HBsAg, anti-HBs, anti-HBc** (*nếu có điều kiện*);
 - **tối thiểu phải thực hiện HBsAg.**

NỘI DUNG



1

Các xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HBV

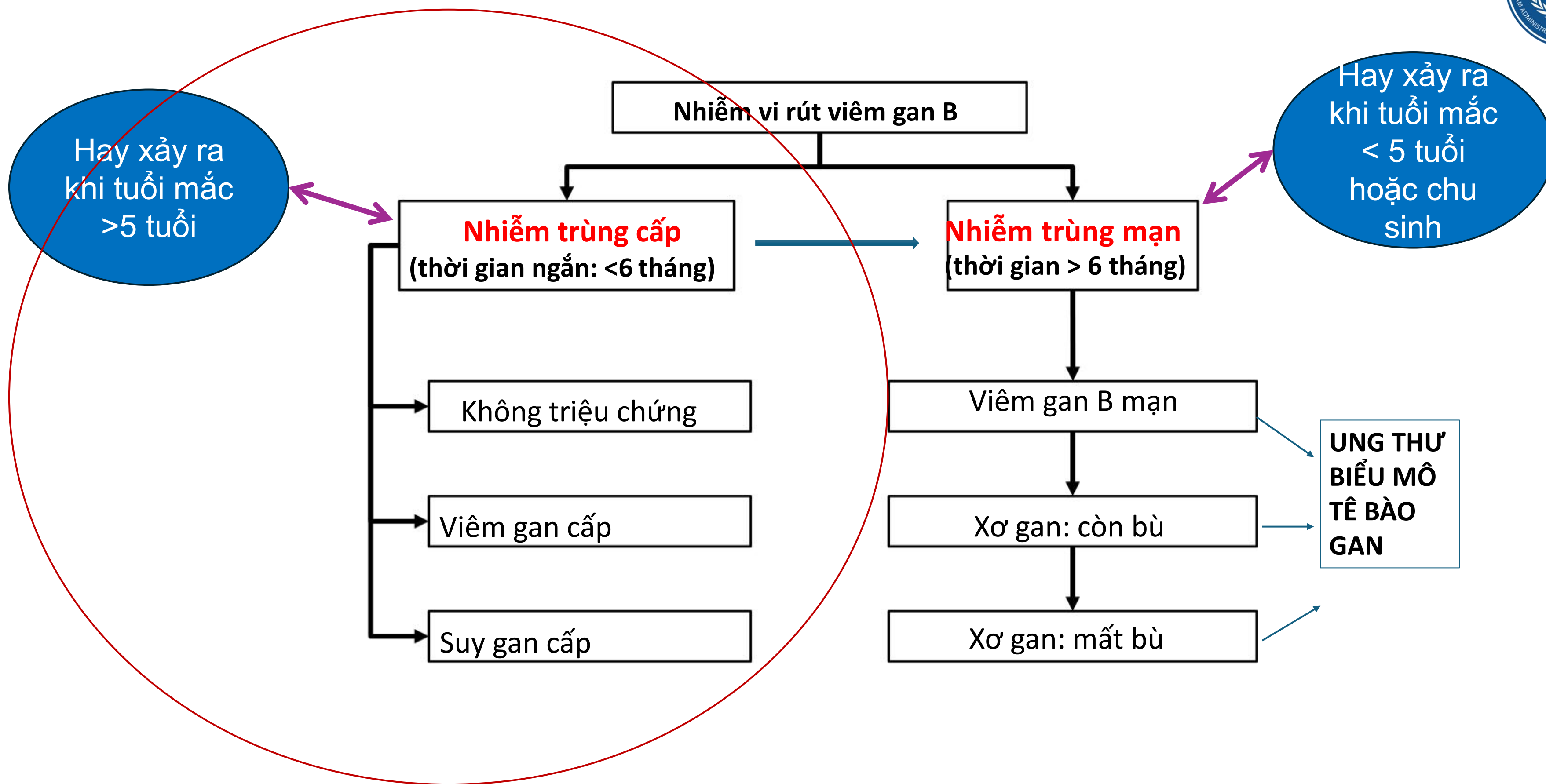
2

Quản lý viêm gan B cấp

3

Quản lý đợt cấp của viêm gan B mạn

Diễn biến của nhiễm vi rút viêm gan B



Các thể lâm sàng của VGVR B cấp (1)



1. Thể điển hình:

- Giai đoạn tiền vàng da: Các triệu chứng không đặc hiệu như mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn, nôn, sốt nhẹ (thường xảy ra trước khi vàng da), đau tức nhẹ vùng hạ sườn phải.
- Giai đoạn vàng da: sau khi hết sốt, người bệnh có thể xuất hiện ngứa, vàng da, vàng mắt, tiểu sậm màu (như nước chè đặc), phân bạc màu (ít gặp hơn).
- Giai đoạn hồi phục: triệu chứng lâm sàng cải thiện và lui dần. Người bệnh từ từ hồi phục

Các thể lâm sàng của VGVR B cấp (2)



2. Các thể lâm sàng khác:

- Thể không triệu chứng: Đa số người bệnh (đặc biệt là người lớn) không có biểu hiện lâm sàng rõ ràng hoặc chỉ có triệu chứng mờ hồ.
- Thể tối cấp (ít gặp với tỷ lệ $< 1\%$ ở người lớn): Viêm gan B cấp có thể diễn tiến nặng sang thể tối cấp với bệnh cảnh suy gan cấp dẫn đến bệnh não gan, rối loạn đông máu nghiêm trọng. Viêm gan B thể tối cấp có tỷ lệ tử vong rất cao (thường $> 70\%$) nếu không được điều trị kịp thời

XN cận lâm sàng trong viêm gan B cấp



- AST, ALT tăng, thường trên 5 lần giới hạn trên của mức bình thường (ULN, ULN đối với ALT: 30 U/L đối với nam, 19 U/L đối với nữ).
- Anti-HBc IgM dương tính, HBsAg dương tính (hoặc âm tính trong giai đoạn cửa sổ).
- Các xét nghiệm khác có thể thay đổi tùy thể lâm sàng

CHẨN ĐOÁN VIÊM GAN B CẤP

(không thay đổi so với hướng dẫn năm 2019)



Nhiễm HBsAg
dưới 6 tháng

Hoặc

Anti HBc IgM (+)

HBsAg (+) hoặc
âm tính trong
giai đoạn cửa sổ

Biện luận kết quả xét nghiệm nhiễm HBV cấp

Tại mỗi giai đoạn, dấu ấn sinh học HBV biểu hiện khác nhau

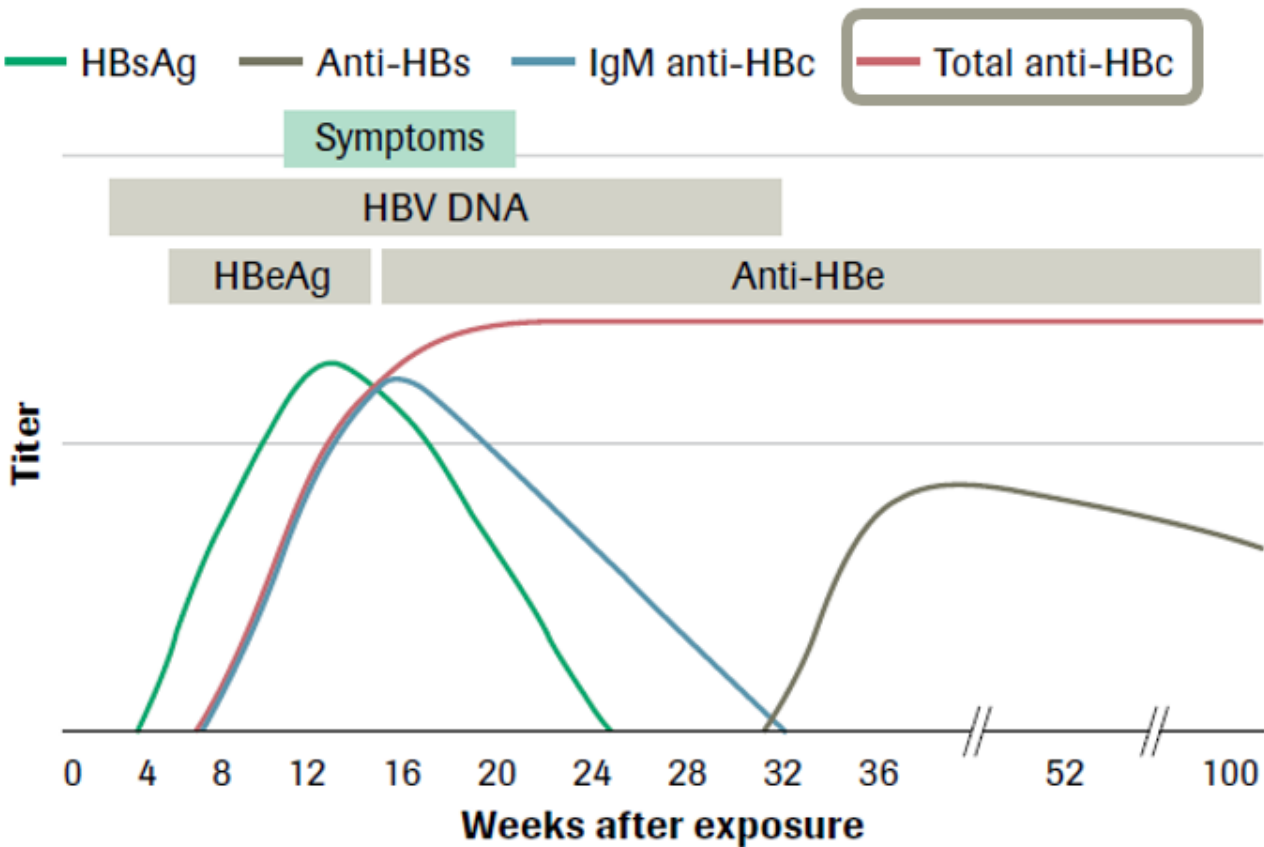
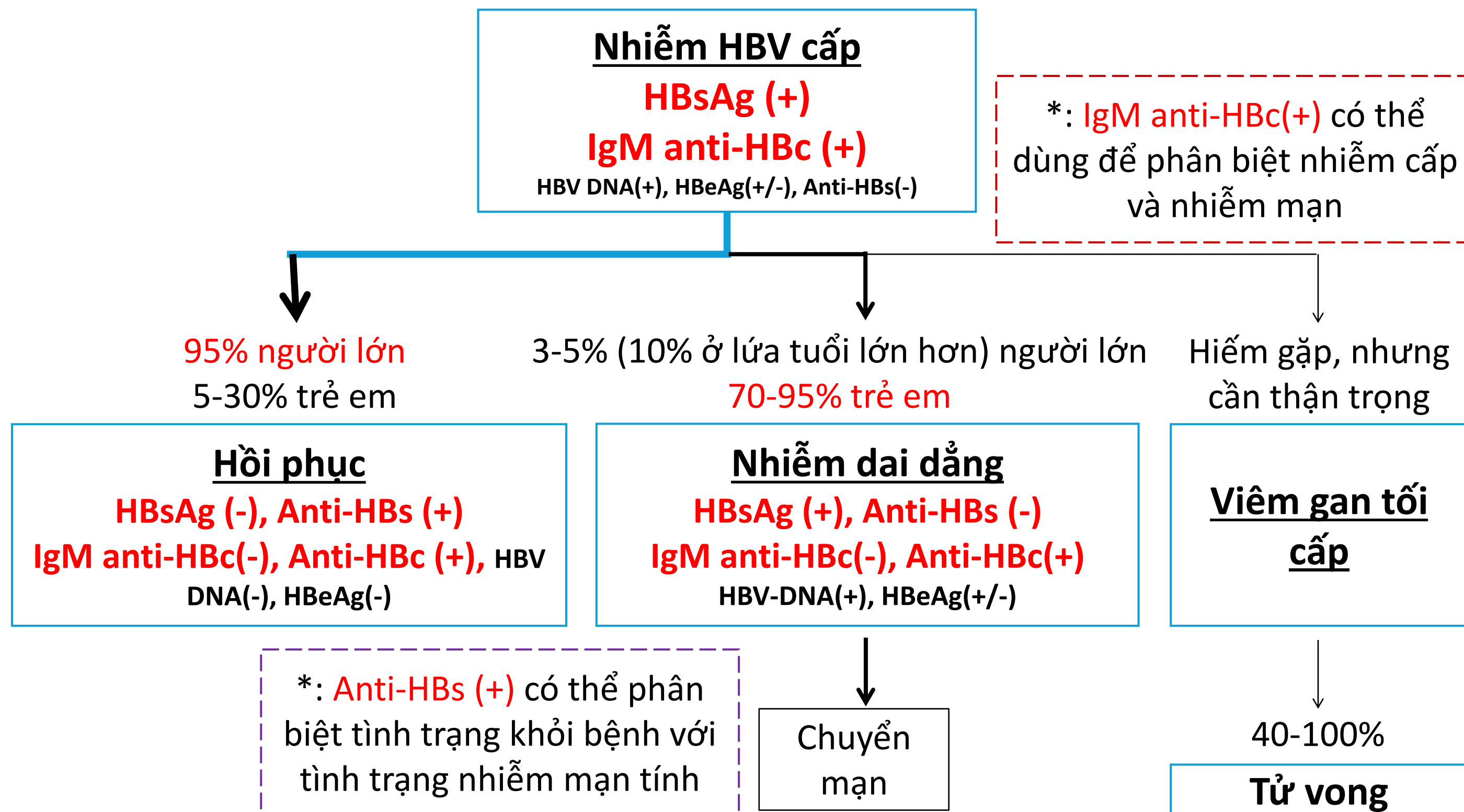


Figure 1: Typical course of an acute HBV infection with recovery

HBsAg	HBeAg	IgM anti-HBc	Total anti-HBc**	Anti-HBs	Anti-HBe	HBV DNA	ALT	Biện luận
+	+	+	+			+++	Tăng	GĐ sớm
		+	+			+	Tăng	GĐ cửa sổ
			+	+	+	±	Bình thường	GĐ hồi phục

**anti-HBc toàn phần: Phát hiện cả kháng thể IgG và IgM

Diễn biến quá trình nhiễm HBV (Pha cấp)



Xét nghiệm theo dõi người bệnh viêm gan B cấp



Xét nghiệm	Tần suất	Mục đích
AST/ALT	1–2 tuần/lần cho đến khi mức ALT giảm về mức bình thường. Sau đó, định kỳ 4–12 tuần/lần trong vòng ít nhất 6 tháng (hoặc đến khi HBsAg âm tính).	Đánh giá mức độ tổn thương và hồi phục của tế bào gan.
INR (Tỉ lệ chuẩn hóa quốc tế)/ hoặc tỉ lệ PT và bilirubin (toàn phần và trực tiếp)	1–2 tuần/lần cho đến khi các chỉ số trở về trị số bình thường.	Đánh giá chức năng đông máu và chức năng thải bilirubin của gan, đặc biệt quan trọng để loại trừ suy gan cấp.
HBsAg và Anti-HBs	Xét nghiệm tại thời điểm tuần thứ 12 và tuần thứ 24 (hoặc 3 và 6 tháng sau khởi phát bệnh).	Xác định quá trình thanh thải vi rút và đáp ứng miễn dịch.
Tải lượng HBV DNA	Có thể thực hiện định kỳ 24 tuần/lần nếu nghi ngờ tiến triển thành mạn.	Đánh giá mức độ nhân lên của vi rút.

Điều trị viêm gan B cấp



Điều trị viêm gan B cấp chủ yếu là điều trị triệu chứng.

- Nghỉ ngơi, tránh làm việc nặng hoặc gắng sức trong thời kỳ có triệu chứng lâm sàng.
- Chế độ dinh dưỡng: giảm bớt chất béo, kiêng rượu bia. Chỉ nuôi dưỡng tạm thời bằng đường tĩnh mạch khi bị nôn nhiều hoặc không ăn uống được.
- Tránh sử dụng các thuốc chuyển hóa qua gan.
- Điều trị hồi sức nội khoa tích cực các trường hợp diễn tiến nặng.

ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN B CẤP



Chỉ định dùng thuốc NAs:
TDF hoặc ETV hoặc TAF
cho đến khi mất HBsAg
sau 3 tháng trong các
trường hợp

- Viêm gan B cấp diễn biến nặng, xác định khi có ít nhất 2 tiêu chí sau:
 - Bệnh não gan.
 - Bilirubin toàn phần huyết thanh > 3 mg/dL hay > 51 $\mu\text{mol/L}$ (hoặc bilirubin trực tiếp $> 1,5$ mg/dL hay > 25 $\mu\text{mol/L}$).
 - INR $> 1,5$
- Bệnh kéo dài > 4 tuần với bilirubin có xu hướng tăng.
- Người bệnh suy giảm miễn dịch hoặc có bệnh đồng mắc nghiêm trọng.

Với viêm gan B thể tối cấp cần hội chẩn chuyên khoa để xét chỉ định ghép gan nếu người bệnh có điều kiện

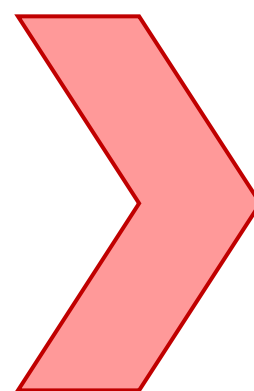
Xác định hồi phục hoặc chuyển mạn

- **Hồi phục**

-Xác định khi mất HBsAg (HBsAg âm tính), có hoặc không xuất hiện anti-HBs sau 6 tháng kể từ lúc khởi phát bệnh.

- Sau hồi phục, người bệnh cần kiểm tra sinh hóa gan hàng năm.

- Trường hợp bị suy giảm miễn dịch hoặc sử dụng hóa trị liệu ung thư hoặc các thuốc ức chế miễn dịch cần xét nghiệm HBsAg, HBV DNA để theo dõi sự tái hoạt



- **Chuyển mạn:**

- khi HBsAg dương tính sau 6 tháng kể từ lúc khởi phát bệnh (hoặc từ khi chẩn đoán viêm gan B cấp).

- Người bệnh trong trường hợp này cần được theo dõi và quản lý như người bệnh viêm gan B mạn

NỘI DUNG



1

Các xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HBV

2

Quản lý viêm gan B cấp

3

Quản lý đợt cấp của viêm gan B mạn

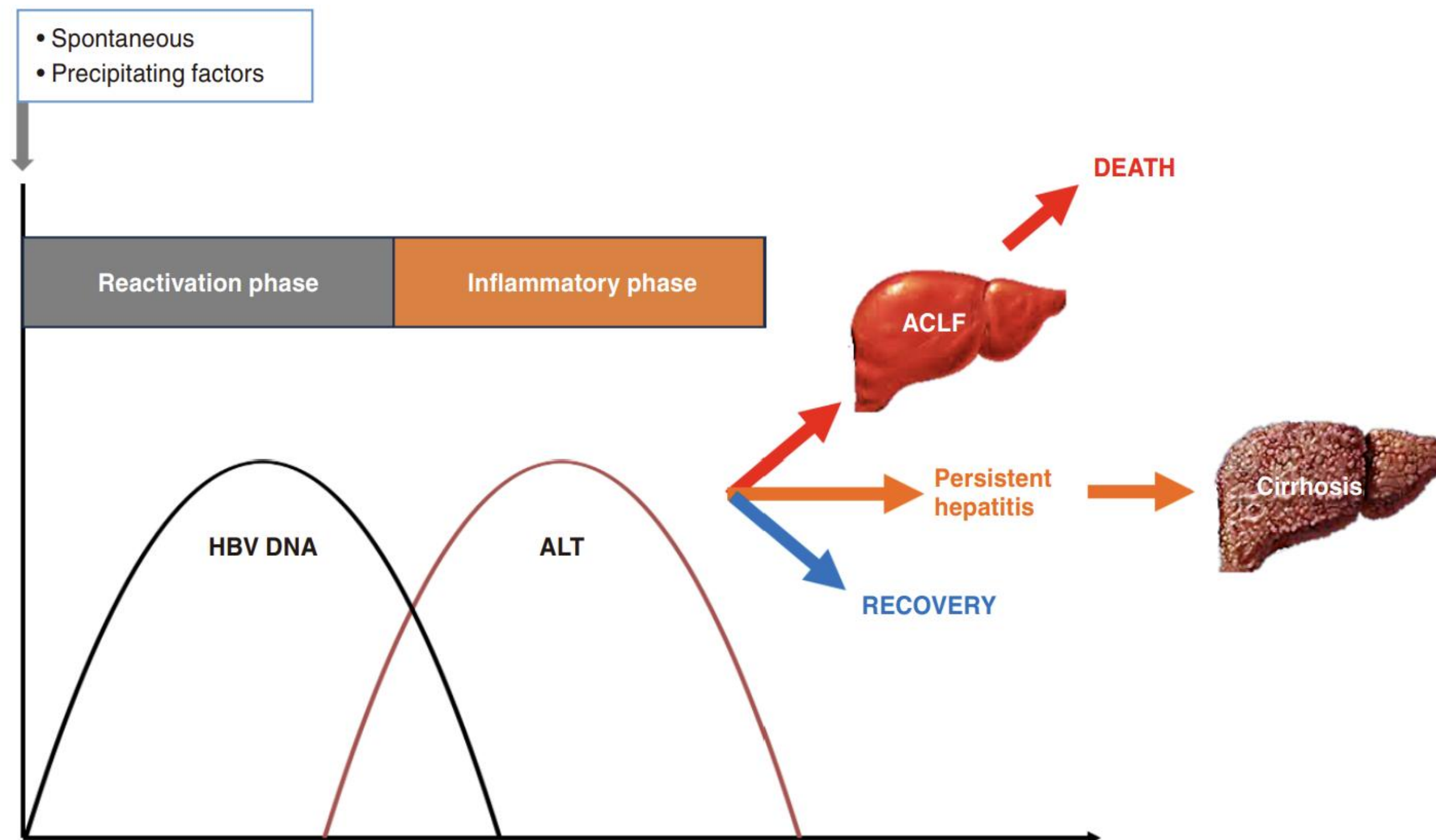


Figure 1. Schematic diagram of progression of HBV reactivation to flare, and subsequent recovery, persistent hepatitis or ACLF. ACLF, acute on chronic liver failure; ALT, alanine aminotransferase; HBV, hepatitis B virus.

Đợt cấp viêm gan B mạn (Acute exacerbation / Acute flare of chronic hepatitis B) là tình trạng hoại tử tế bào gan bùng phát đột ngột ở người bệnh nhiễm virus viêm gan B mạn tính (CHB), biểu hiện bằng sự gia tăng mạnh của nồng độ men gan ALT huyết thanh kèm theo hoặc xuất hiện sau sự gia tăng nồng độ HBV DNA

Căn nguyên và cơ chế khởi phát của đợt cấp viêm gan B mạn



- **Tự phát (Spontaneous):** Phản ứng miễn dịch tế bào T gây độc ($CD8^+$ T cells) của cơ thể nhận diện và tiêu diệt ô ạt các tế bào gan nhiễm HBV. Đây có thể là bước đệm dẫn đến chuyển đổi huyết thanh HBeAg (HBeAg seroconversion) hoặc hiếm hơn là mất HBsAg, nhưng cũng có nguy cơ gây suy gan tối cấp.
- **Tái hoạt động do thuốc (Iatrogenic Reactivation):** Bệnh nhân sử dụng thuốc ức chế miễn dịch, hóa trị ung thư (đặc biệt là thuốc kháng CD20 như Rituximab, ức chế checkpoint miễn dịch, corticoid liều cao kéo dài) làm virus nhân lên mất kiểm soát, sau đó khi ngừng thuốc hệ miễn dịch hồi phục gây tổn thương gan nặng nề.
- **Đột ngột ngưng thuốc kháng virus (NAs withdrawal flare):** Thường gặp khi bệnh nhân tự ý dừng Tenofovir hoặc Entecavir.
- **Đồng nhiễm/Bội nhiễm:** Nhiễm thêm HDV, HCV, HEV, HAV hoặc virus herpes (EBV, CMV).
- **Đột biến virus:** Đột biến vùng Precore (G1896A) hoặc Basal Core Promoter (BCP - A1762T/G1764A) cho phép virus né tránh miễn dịch và tăng sao chép mà không biểu hiện HBeAg.

APASL Consensus Guidelines: Asian-Pacific consensus statement on the management of chronic hepatitis B: a 2015 update (Hepatol Int) & APASL consensus recommendations on acute-on-chronic liver failure: 2019/2024 update.

AASLD Practice Guidelines 2025: Hepatitis B Guidance: Update on prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B (Terrault NA, et al., Hepatology).

EASL Clinical Practice Guidelines 2025: Management of chronic hepatitis B virus infection (Journal of Hepatology).

Đợt cấp của viêm gan B mạn (BYT 2026)



- Chẩn đoán đợt bùng phát viêm gan B mạn khi đột ngột tăng ALT > 3 lần mức tăng ban đầu hoặc > 5 lần ULN không do các nguyên nhân khác như rượu, thuốc... ở người bệnh có HBsAg dương tính. Lưu ý tải lượng HBV DNA có thể không tăng thậm chí có thể giảm so với trước.
- Biểu hiện lâm sàng của đợt bùng phát viêm gan B mạn rất đa dạng, có thể từ không triệu chứng cho đến có triệu chứng tương tự viêm gan cấp.
- Đợt bùng phát viêm gan B mạn có thể xảy ra tự phát hoặc khi có yếu tố thuận lợi:
 - Điều trị với các thuốc ức chế miễn dịch hay hóa trị liệu
 - Ngưng thuốc kháng HBV
 - Có bệnh đi kèm gây tổn thương gan và suy yếu hệ miễn dịch

BÙNG PHÁT VIÊM GAN B: THE GOOD, THE BAD AND THE UGLY

Liaw YF. Hepatitis B flare: the good, the bad and the ugly. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2022 Nov-Dec;16(11-12):1043-1051. doi: 10.1080/17474124.2022.2156338. Epub 2022 Dec 16. PMID: 36476208.



Phân loại	Bản chất & Cơ chế	Ý nghĩa lâm sàng & Tiên lượng
THE GOOD (Mặt tích cực / Có lợi)	Đợt bùng phát thanh thải miễn dịch hiệu quả Đáp ứng miễn dịch tế bào (CD8+ CTL) đủ mạnh để tiêu diệt các tế bào gan nhiễm VR và ức chế triệt để cccDNA trong nhân tế bào gan.	- Chuyển đổi huyết thanh HBeAg ở nhóm HBeAg (+). - Nồng độ HBV DNA giảm sâu về dưới ngưỡng phát hiện. - Mất hoặc chuyển đổi huyết thanh HBsAg - Chữa khỏi chức năng - Thường ghi nhận sau các đợt flare tự phát có lợi hoặc bùng phát sau khi ngừng NAs có kiểm soát.
THE BAD (Mặt tiêu cực / Bất lợi)	Đợt bùng phát thất bại hoặc tái Hệ miễn dịch tấn công gây hoại tử tế bào gan nhưng không đủ khả năng dọn sạch VR, dẫn đến tổn thương viêm hoại tử mạn tính kéo dài hoặc các đợt flare lặp đi lặp lại.	- Không đạt được chuyển đổi huyết thanh HBeAg/HBsAg; HBV DNA vẫn duy trì ở mức cao sau cơn bùng phát. - Tích lũy xơ hóa gan nhanh chóng: Các chu kỳ viêm - hoại tử - tái tạo tế bào gan liên tục thúc đẩy xơ gan tiến triển. - Gia tăng đột biến nguy cơ ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) do tích lũy đột biến gen và stress oxy hóa kéo dài.
THE UGLY (Mặt nguy hiểm / Thảm họa)	Hoại tử tế bào gan diện rộng không hồi Phản ứng miễn dịch bùng nổ quá mức trên nền lá gan vốn đã giảm sút dự trữ chức năng (hoặc ở người bệnh đã có xơ gan tiềm ẩn/tiến triển F3-F4).	- Mất bù gan cấp tính hoặc tiến triển thành Suy gan cấp trên nền mạn (ACLF - Acute-on-Chronic Liver Failure). - Hội chứng lâm sàng nghiêm trọng: Vàng da ứ mật tiến triển nhanh (Bilirubin $\geq$ 5 mg/dL), rối loạn đông máu nặng (INR $\geq$ 1.5), cổ chướng, bệnh não gan, suy đa tạng. - Tỷ lệ tử vong rất cao nếu không được hồi sức tích cực và can thiệp NAs khẩn cấp hoặc ghép gan.

TIẾP CẬN ĐỢT BÙNG PHÁT HBV

Từ nhận diện tái hoạt đến xử trí suy gan cấp trên nền bệnh gan mạn



Lim SG, Buti M, Feld JJ, Fung J, Gehring AJ, Reddy KR. Severe hepatitis B flare and liver failure: current assessment and management. Clin Mol Hepatol. 2026;32(3):1117-113

Đợt cấp của viêm gan B mạn (BYT 2026)



- Điều trị thuốc kháng vi rút ngay đối với đợt bùng phát viêm gan B mạn để tránh nguy cơ dẫn đến bệnh gan mất bù và tử vong. Tư vấn cho người bệnh ghép gan nếu có chỉ định.



THANK YOU FOR YOUR ATTENTION



DIỄN ĐÀN TRỰC TUYẾN DỰ PHÒNG VIÊM GAN

NATIONAL ONLINE FORUM ON VIRAL HEPATITIS PREVENTION

Hà Nội, ngày 28 tháng 8 năm 2026

SAFEStart+

 **Unitaid**
SAVE LIVES FASTER

PATH
P O T T A O + // 2 0 0

 **INTERNATIONAL COMMUNITY
OF WOMEN LIVING WITH HIV
EASTERN AFRICA (ICWEA)**

 **World
Hepatitis
Alliance**



Cập nhật

Viêm gan B mạn và
dự phòng lây truyền viêm gan B từ mẹ sang con

TS.BS Cao Thị Thanh Thủy

Trung tâm Y khoa số 1 Tôn Thất Tùng, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chuyên gia tư vấn của PATH/ SAFESStart+

Nội dung

01

Giới thiệu

02

Cập nhật chẩn đoán và điều trị
Viêm gan B mạn theo WHO 2024,
EASL 2025, AASLD 2025

03

Cập nhật chẩn đoán và điều trị
Viêm gan B mạn- Quyết định
1740/QĐ-BYT, 2026

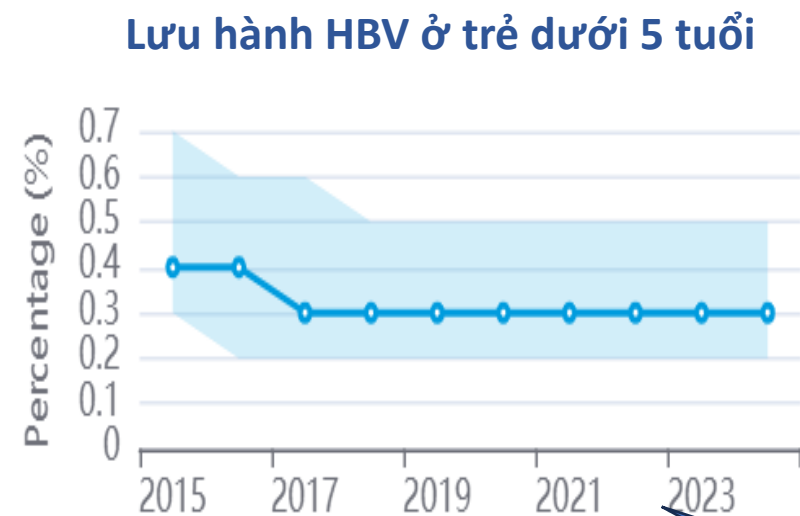
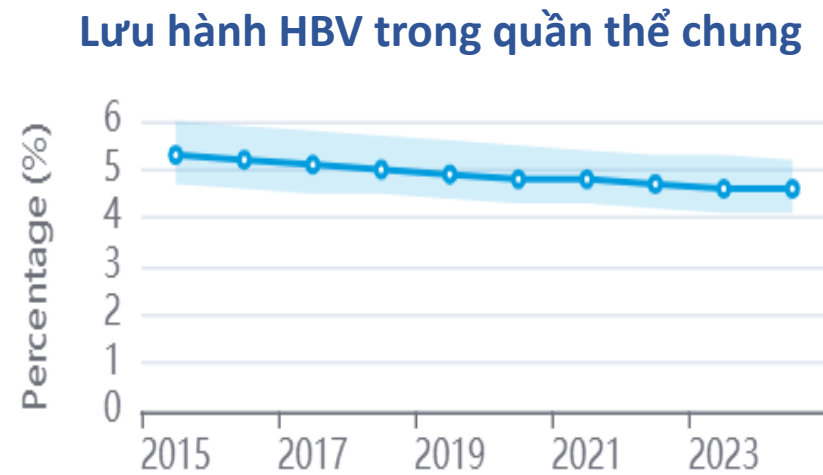
04

Cập nhật dự phòng lây truyền
viêm gan B từ mẹ sang con
(Quyết định 678/QĐ-BYT, 2025 và
Quyết định 1740/QĐ-BYT, 2026

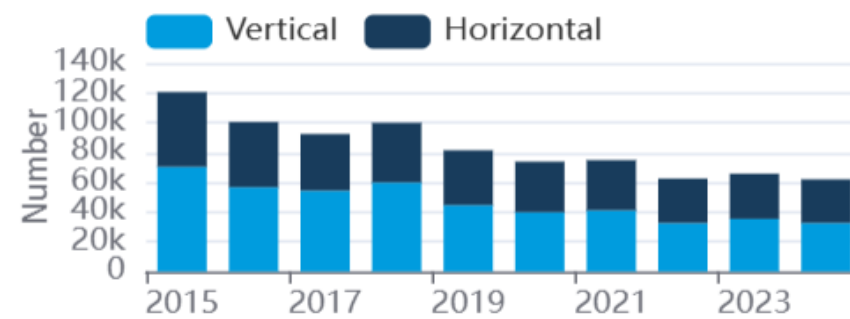


Tình hình nhiễm vi rút viêm gan B trên thế giới và Việt Nam

- Ước tính của WHO¹ năm 2022 toàn cầu có khoảng 254 triệu người nhiễm HBV mạn, 1,2 triệu người nhiễm HBV mới hàng năm, Khu vực Tây Thái Bình Dương khoảng 96,8 triệu người nhiễm HBV, 36 triệu người nhiễm HBV đã được chẩn đoán và 6,8 triệu người nhiễm HBV đã được điều trị trong năm 2022 (2,7%)
- Tình hình HBV tại khu vực Tây Thái Bình Dương²



Chủ yếu lây truyền dọc trong số người nhiễm HBV mới



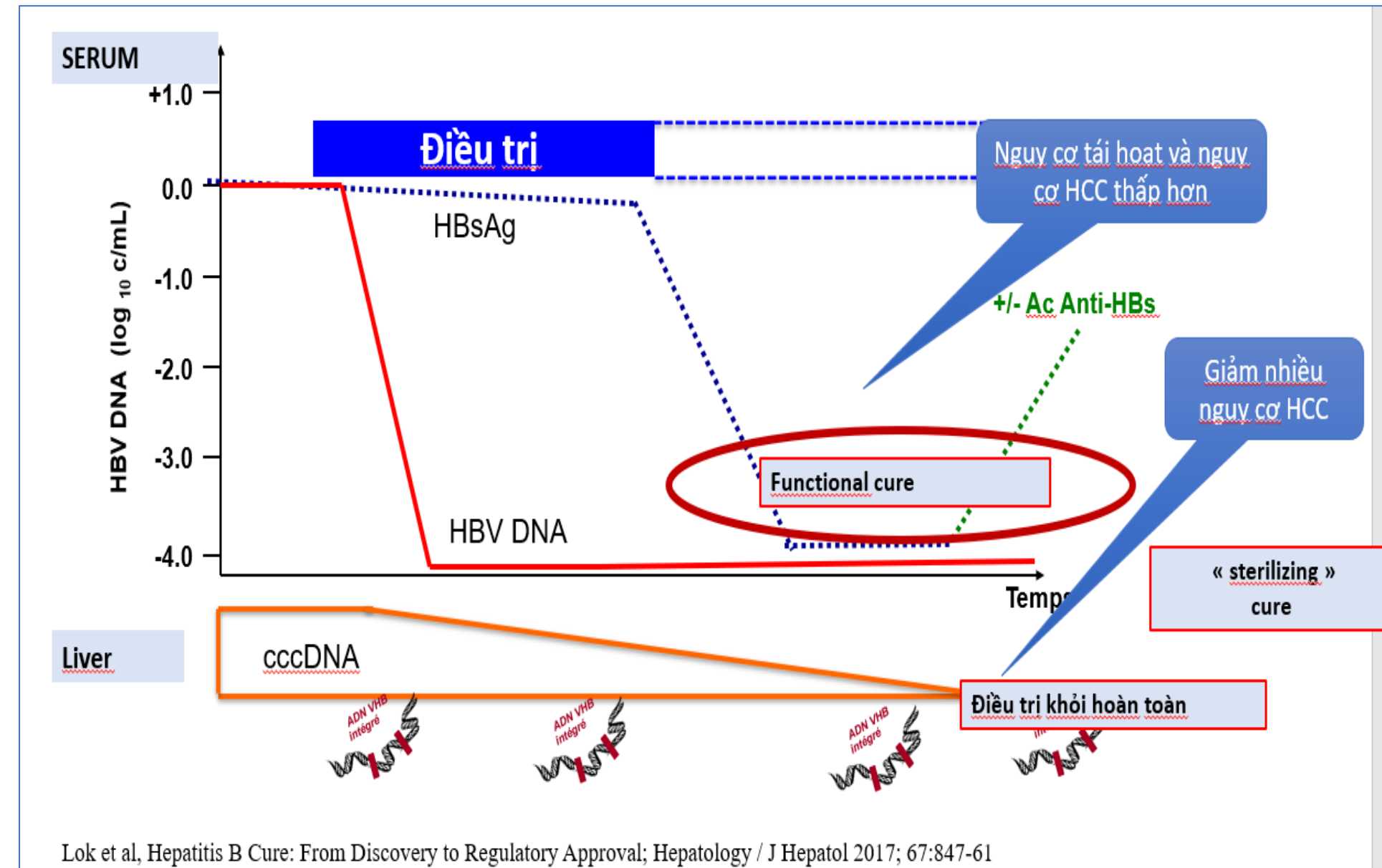
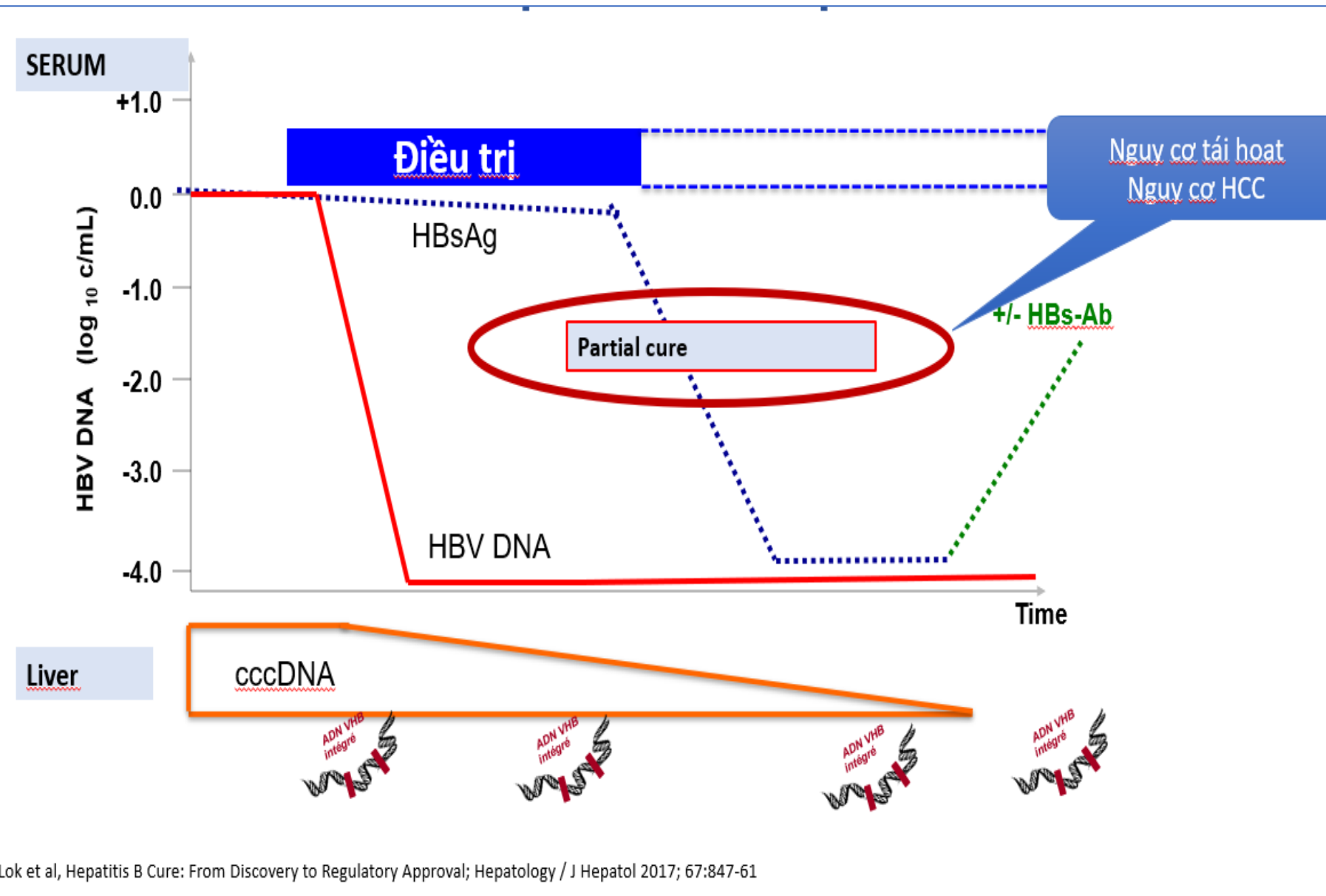
Việt Nam: 9,4%²

Việt Nam: 0,64%³

Mục tiêu loại trừ lây truyền HBV Từ mẹ sang con: $\leq 0,1\%$

1. WHO (2023); 2. Dashboard on HIV, Hepatitis and STIs in the WPR. 2025 - <https://worldhealthorg.shinyapps.io/hsi-dashboard-wpr>
2. MOH-CDC (2019), 3. WHO - 2023;

Mục tiêu điều trị HBV



Điểm quan trọng: Chỉ định điều trị viêm gan B mạn được mở rộng

	HBeAg +			HBeAg -		
	HBV DNA UI/mL	ALT	Sinh thiết hoặc đo độ xơ hóa gan (NIM)	HBV DNA UI/ml	ALT	Sinh thiết hoặc đo độ xơ hóa gan (NIM)
WHO 2015	>20.000	>2x ULN		>2000	>2x ULN	
AASLD 2025	>20.000	≥ 2x ULN		≥ 2000	≥ 2x ULN	
	Xơ gan hoặc xơ hóa có ý nghĩa					
EASL 2025	❖ Xơ gan hoặc xơ hóa tiến triển ≥F3 >8kPa) hoặc HCC hoặc biểu hiện ngoài gan hoặc đồng nhiễm HIV, HDV hoặc Tiền sử gia đình có HCC và HBV DNA+ ❖ HBV DNA ≥ 2000 và ALT > ULN hoặc Fibrosis ≥F2 (LSM >7kPa) hoặc risk factors for HCC hoặc high risk for HBV transmission					
WHO 2024	❖ Xơ gan hoặc xơ hóa có ý nghĩa (≥F2) ❖ HBV DNA >2000 UI/ml và ALT >ULN ❖ biểu hiện ngoài gan hoặc đồng nhiễm HIV, HDV hoặc Tiền sử gia đình có HCC Bệnh đồng mắc (Đái tháo đường , bệnh gan nhiễm mỡ do rối loạn chuyển hóa) ❖ Nếu không làm được TL HBV DNA : Bệnh nhân có ALT > mức bình thường					

NIM: non invasive methods, LSM : liver stiffness measurements

CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN B MẠN

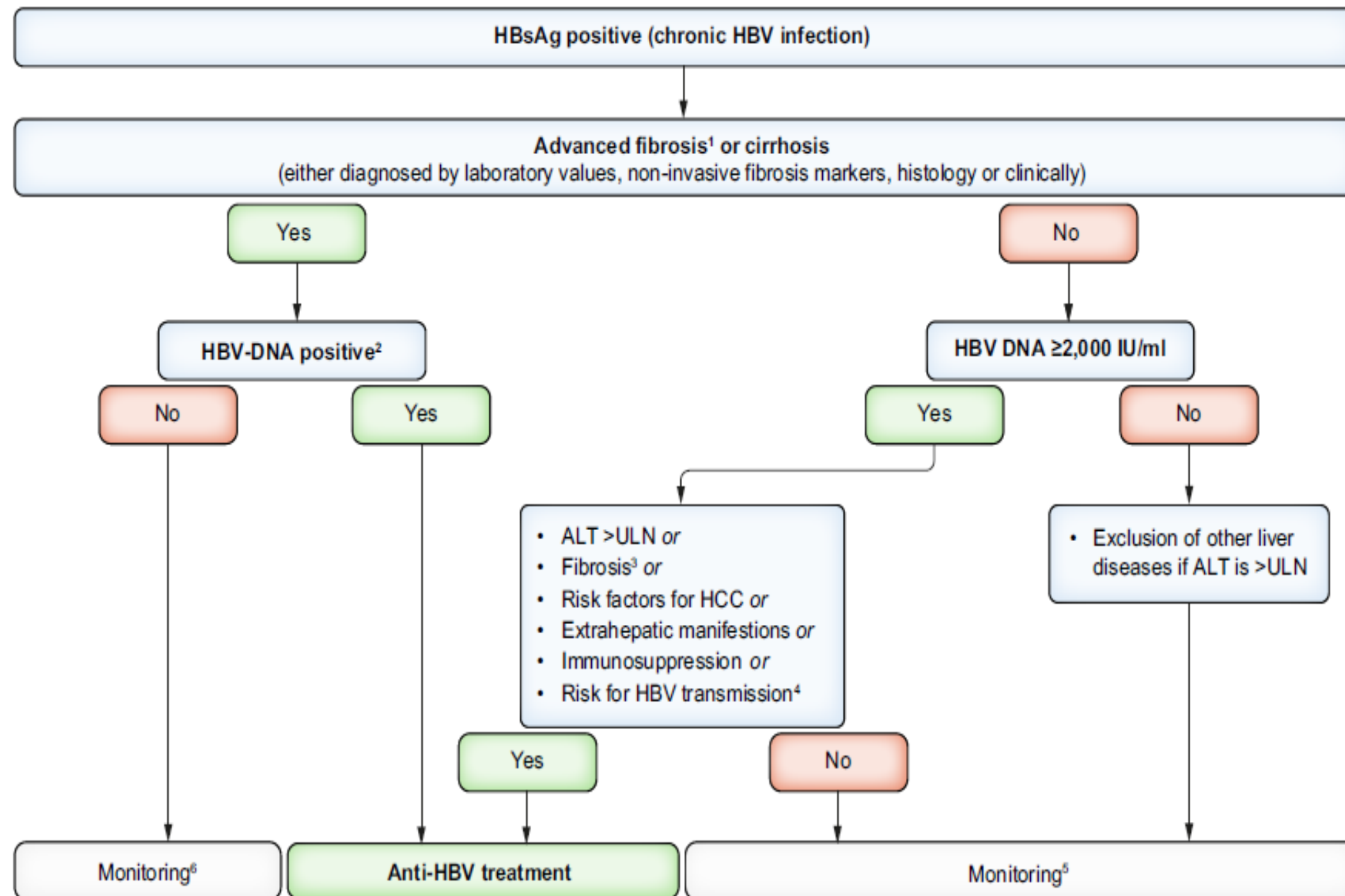


Fig. 1. Treatment indication for chronic HBV infection. ¹Equivalent of ISHAK F ≥4/Metavir F ≥3 (non-invasive assessment is preferred, LSM > 8 kPa). ²Sensitive NAT assay (lower limit of detection <20 U/L). ³Equivalent of ISHAK ≥F3/Metavir ≥F2 (non-invasive assessment is preferred, LSM > 7 kPa). ⁴The threshold values for HBV DNA vary depending on the activity and risk of transmission. Important: Tenofovir in pregnant women with HBV DNA ≥200,000 IU/ml. ⁵Anti-HBV treatment in HCC, HIV co-infection, extrahepatic manifestations, immunosuppression. ⁶Anti-HBV treatment in immunosuppression. ALT, alanine aminotransferase; HBV, hepatitis B virus; HCC, hepatocellular carcinoma; HIV, human immunodeficiency virus; LSM liver stiffness measurement; ULN, upper limit of normal.

- Chỉ định điều trị: Mở rộng và cá thể hóa; không HBeAg; hạ thấp TL HBV
- Đánh giá xơ hóa: đo độ đàn hồi
- Thuốc: NAs (ETV, TDF, TAF) là nền tảng; PEG IFNα cho điều trị có thời hạn. TAF dùng cho XG mất bù, phụ nữ mang thai
- Sử dụng biomarker: qHBsAg, HBcrAg, HBV RNA để theo dõi và quyết định ngừng điều trị.
- Ngừng điều trị: Mất HBsAg (2 lần cách 6 tháng) (kể cả xơ gan còn bù sau củng cố ≥12 tháng)

Cân nhắc điều trị kháng HBV cho từng cá thể người trẻ <30 tuổi nhiễm HBV mạn HBeAg+

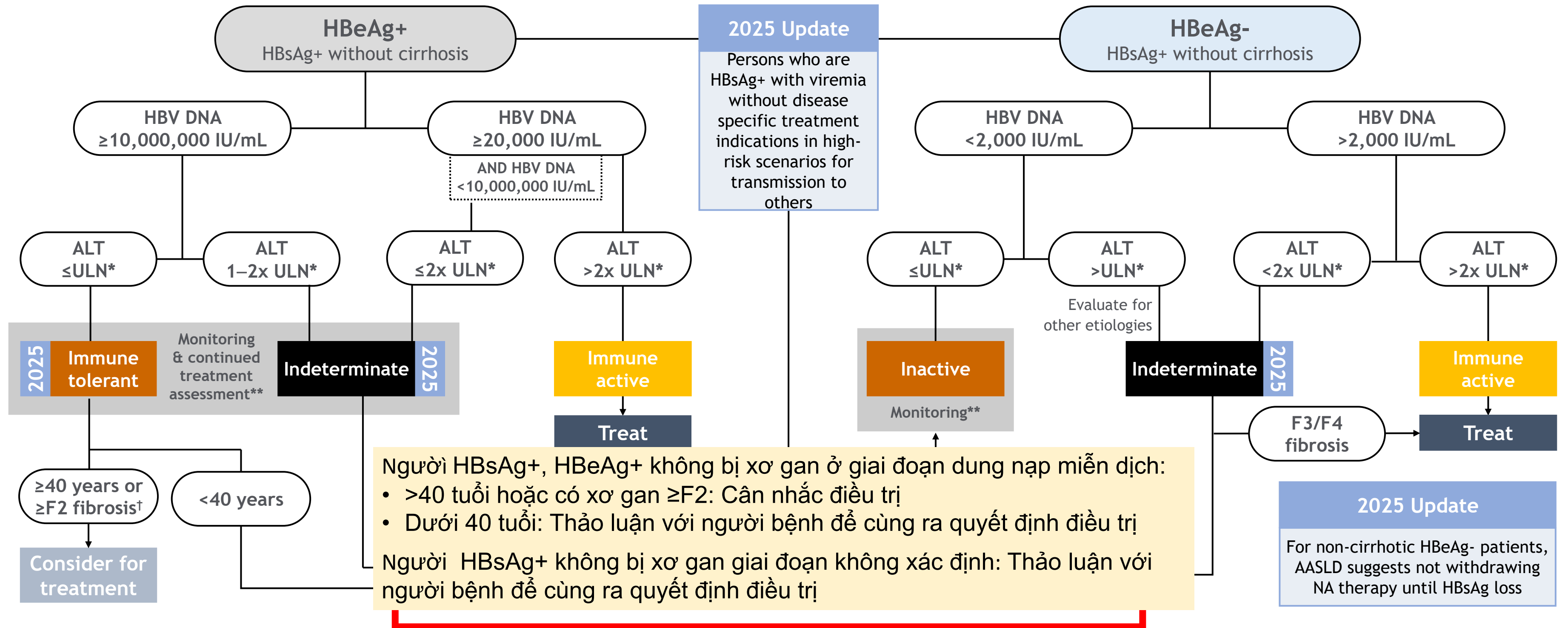


- Chưa điều trị nếu: ALT bình thường, không xơ hóa gan đáng kể, không có tiền sử gia đình HCC và không mắc bệnh suy giảm miễn dịch.
- Tuy nhiên, cân nhắc lợi ích tiềm năng của điều trị sớm (giảm sự tích hợp HBV DNA và phát triển dòng tế bào gan tích hợp → giảm HCC) và nhu cầu tuân thủ nghiêm ngặt liệu trình điều trị lâu dài và khó đạt được ức chế virus nhanh chóng và hoàn toàn ở người bệnh có tải lượng HBV DNA cao.

Statement

- In young individuals (<30 years) with HBeAg-positive chronic HBV infection, persistently normal ALT levels, no significant liver fibrosis, no family history of HCC and no immunosuppressive condition, current clinical evidence does not support immediate antiviral treatment. However, the potential benefits of early therapy – such as reducing HBV DNA integration and clonal expansion – should be balanced against the need for strict adherence to long-term daily treatment and the difficulty of achieving rapid and complete viral suppression in patients with high viral loads (**strong consensus**).

AASLD 2025 CHB Guideline Update



*ULN defined as 25 IU/mL in women and 35 IU/mL in men; **Monitor ALT and HBV DNA every 3–6 months and assess for signs of fibrosis (in HBeAg+ patients) or cirrhosis (in HBeAg- patients). After the first year, monitor every 6–12 months for HBeAg- patients in the inactive phase and every 6 months for HBeAg- patients indeterminate phase or HBeAg+ patients in the immune tolerant phase. Reassess need for treatment at each visit; [†]Or with significant liver inflammation ($\geq$ grade 2). AASLD, American Association for the Study of Liver Diseases; ALT, alanine aminotransferase; HBeAg, hepatitis B e antigen; HBsAg, hepatitis B surface antigen; ULN, upper limit of normal.



XU HƯỚNG MỚI TRONG ĐIỀU TRỊ VG B MẠN

Mở rộng chỉ định TAF

- Chỉ định cho trẻ ≥ 6 tuổi (≥ 25 kg)
- EASL và AASLD 2025: mở rộng chỉ định cho thai phụ và xơ gan mất bù

Recommendations

- In pregnant women on antiviral therapy, tenofovir (TDF, TAF) should be continued, ETV or adefovir should be switched to tenofovir (TDF, TAF). Treatment with PEG-IFN α should be discontinued and switched to tenofovir (TDF, TAF) (**LoE 2, strong recommendation, strong consensus**).
- HBsAg-positive patients with decompensated cirrhosis or acute-on-chronic liver failure should be treated with ETV or tenofovir (TDF, TAF), irrespective of HBV DNA levels. PEG-IFN α should not be used in patients with decompensated cirrhosis or ACLF (**LoE 1, strong recommendation, strong consensus**).



2024

Dosing in children and adolescents

Drug	Patient group	Dose
ETV ^a	Weight <30 kg	0.015 mg
	Weight ≥ 30 kg	0.5 mg
TDF ^b	Age ≥ 2 years	8 mg/kg
	Age ≥ 12 years	300 mg
TAF ^c	Age ≥ 12 years	25 mg

a ETV: approved for children aged two years or older.

b TDF: the EMA has approved TDF for children two years or older at least 10 kg (2).

c TAF: the EMA has approved TAF for children six years and older and older with compensated liver disease (4).

What antiviral treatments are available for children and adolescents?



Statement

- Antiviral treatments approved for children and adolescents include (**strong consensus**):
 - IFN α -2b: approved by both the FDA and EMA for children aged 1 year and older.
 - PEG-IFN α -2a: approved for children aged 3 years and older.
 - Lamivudine: approved for children aged 3 years and older.
 - Entecavir: approved for children aged 2 years and older.
 - Tenofovir disoproxil fumarate: approved by the EMA for children aged 2 years and older, and by the FDA for those 12 years and older.
 - Tenofovir alafenamide: EMA approved for children aged 12 years and older or those weighing more than 35 kg, regardless of age.

Compensated



Decompensated

(Variceal hemorrhage, ascites, hepatic encephalopathy, hepato-renal syndrome)

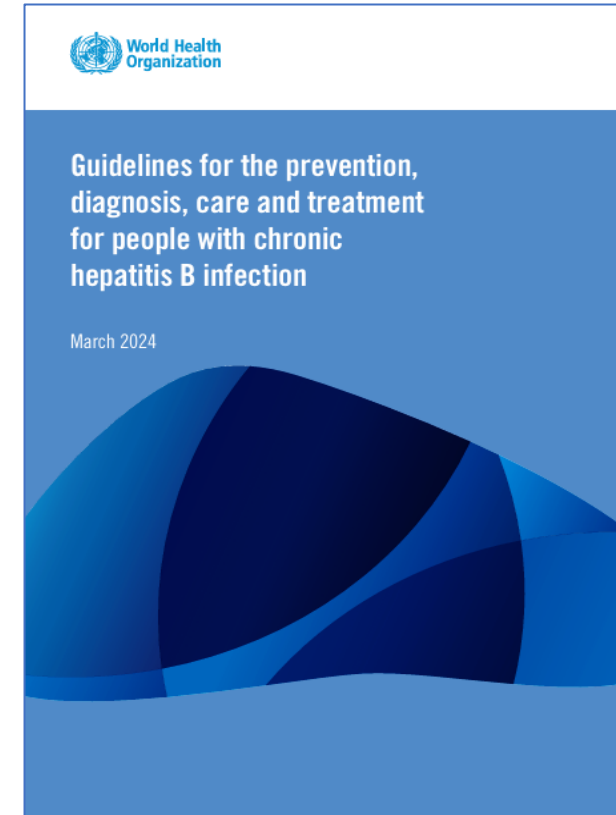
• Treat with ETV, TDF, TAF until HBsAg loss

• Treat with ETV, TDF, or TAF indefinitely
• Monitor for lactic acidosis [rare but likely more common adverse effect of

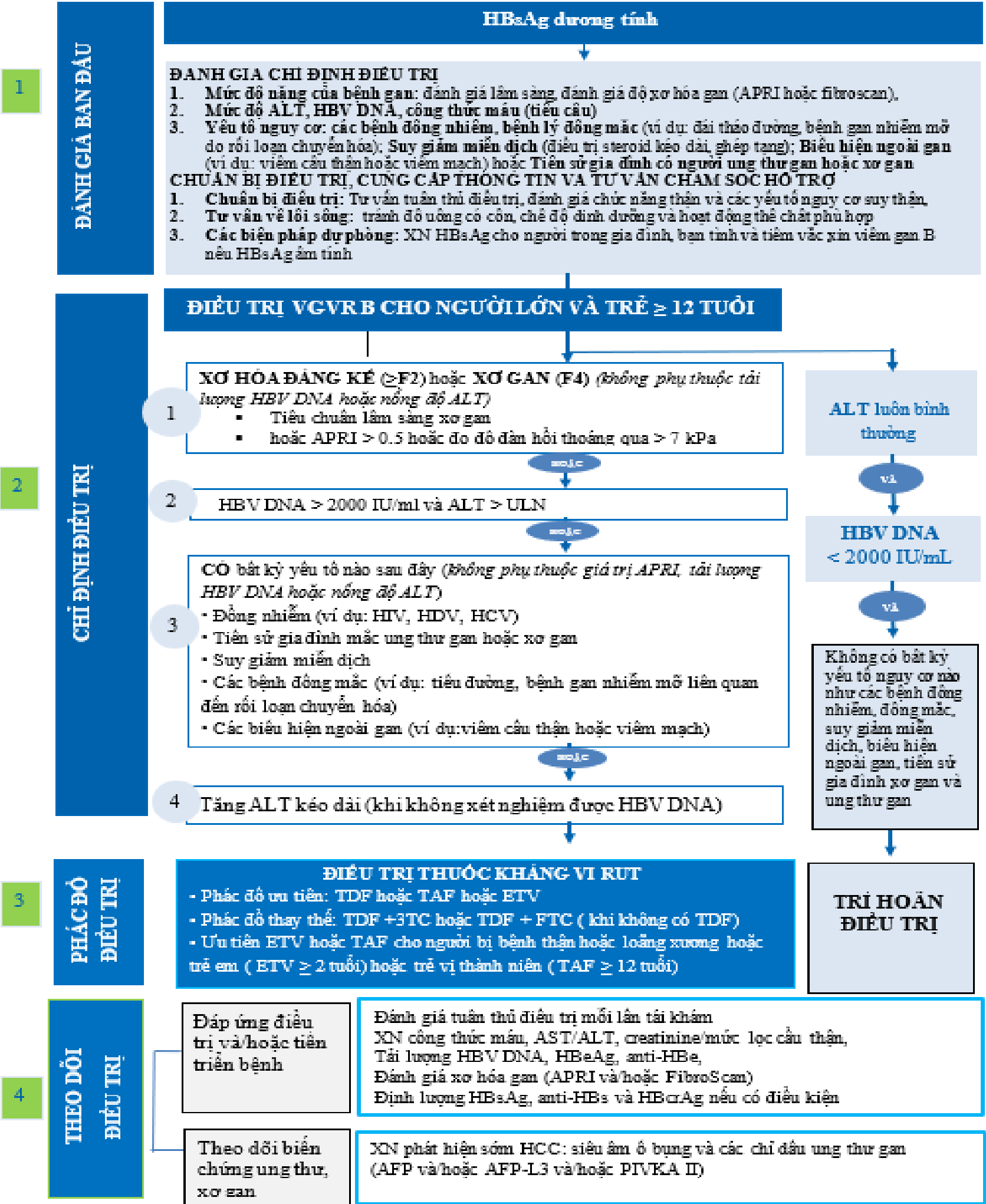
For mothers with HBV DNA >200,000 IU/mL, if hepatitis B immunoglobulin (HBIG) use in infant is unavailable, initiate TDF/TAF prophylaxis at gestational week 16 in combination with subsequent infant vaccination

Tại sao cần mở rộng chỉ định điều trị và hướng dẫn viêm gan B của WHO cần được cập nhật đơn giản hóa?

- Tỷ lệ bao phủ XN và điều trị trên toàn cầu còn rất thấp (chỉ 13% người nhiễm HBV được chẩn đoán và 2,7 % được điều trị), đặc biệt khu vực Châu Phi cận Sahara.
- Các hướng dẫn về HBV bị coi là phức tạp.
- Cần có thông tin về độ tuổi, nồng độ HBV DNA và chỉ số ALT để xác định điều kiện điều trị.
- AASLD và EASL đã hạ ngưỡng HBV DNA để đủ điều kiện điều trị xuống mức >2000 IU/ml.
- Ngưỡng APRI >2 dùng để chẩn đoán xơ gan dẫn đến việc bỏ sót các ca bệnh xơ gan.
- Các hướng dẫn hiện hành còn thiếu dữ liệu từ Châu Phi cận Sahara – nơi có những khác biệt về đặc điểm dịch tễ (ví dụ: tỷ lệ HBeAg(+) thấp và tỷ lệ HCC cao).
- Ngày càng có nhiều bằng chứng về quá trình tích hợp HBV vào bộ gen vật chủ trong quá trình nhiễm bệnh cũng như khả năng gây ung thư của HBV.
- Vẫn tiếp diễn tình trạng lây truyền ngang và lây truyền từ mẹ sang con ở người chưa được điều trị.
- Chương trình hướng tới mục tiêu chữa khỏi HBV mở ra cơ hội và định hướng mở rộng điều trị.
- Thiếu các mô hình chăm sóc HBV đơn giản hóa – trong khi hướng dẫn mới của WHO về HCV tập trung vào việc đơn giản hóa quy trình cung cấp dịch vụ (mô hình “one- stop shops” và cách tiếp cận “test and treat”).



PHỤ LỤC 5: ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN B MẠN Ở NGƯỜI ≥ 12 TUỔI



WHO 2024

- Sử dụng các chỉ số trong chỉ định điều trị
- +Giới hạn bình thường ALT: 30 U/L với nam, 19 U/L với nữ
- +Xơ gan (F4): APRI score of >1.0 hoặc FibroScan > 12.5 kPa). Giảm bỏ sót các ca bệnh xơ gan
- +HBV DNA >2.000 IU/mL không HBeAg
- Bổ sung bệnh đồng mắc: ĐTĐ, bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến R:LCH
- Chỉ HBsAg (+) và ALT tăng dai dẳng khi không làm được HBVDNA
- Thuốc ĐT: TDF, ETV, TAF, TDF+3TC, TDF + FTC

EASL, AASLD

- Sử dụng TAF
- Sử dụng HBcrAg để ngừng thuốc



- **Simplifying diagnosis and service delivery**

- Use of PoC HBV DNA viral load and reflex viral load testing
- Delta virus testing
- Decentralisation, integration and task-sharing
- Good practice principles for promoting adherence and retention in care

Chẩn đoán và cung cấp dịch vụ được đơn giản hóa đối với viêm gan B theo định hướng tiếp cận y tế công cộng được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khuyến cáo để mở rộng điều trị VGB



Hiện nay điều trị VGB thế nào?

Điều trị ngắn hạn
(48 tuần)

Peg-Interferon alpha



Bệnh nhân trẻ tuổi
Giới tính nữ
HBV DNA thấp (<6 log10)
Xơ hóa mức độ nhẹ đến trung bình
ALT tăng (2-5 lần giới hạn trên của mức bình thường - ULN)
Kiểu gen A và B

Điều trị lâu dài
(Nhiều năm (30-50))



Nucleos(t)ide Analogs (NAs)

Lamivudine (LAM)

Adefovir (ADV)

Telbivudine (TBV)

Entecavir (ETV)

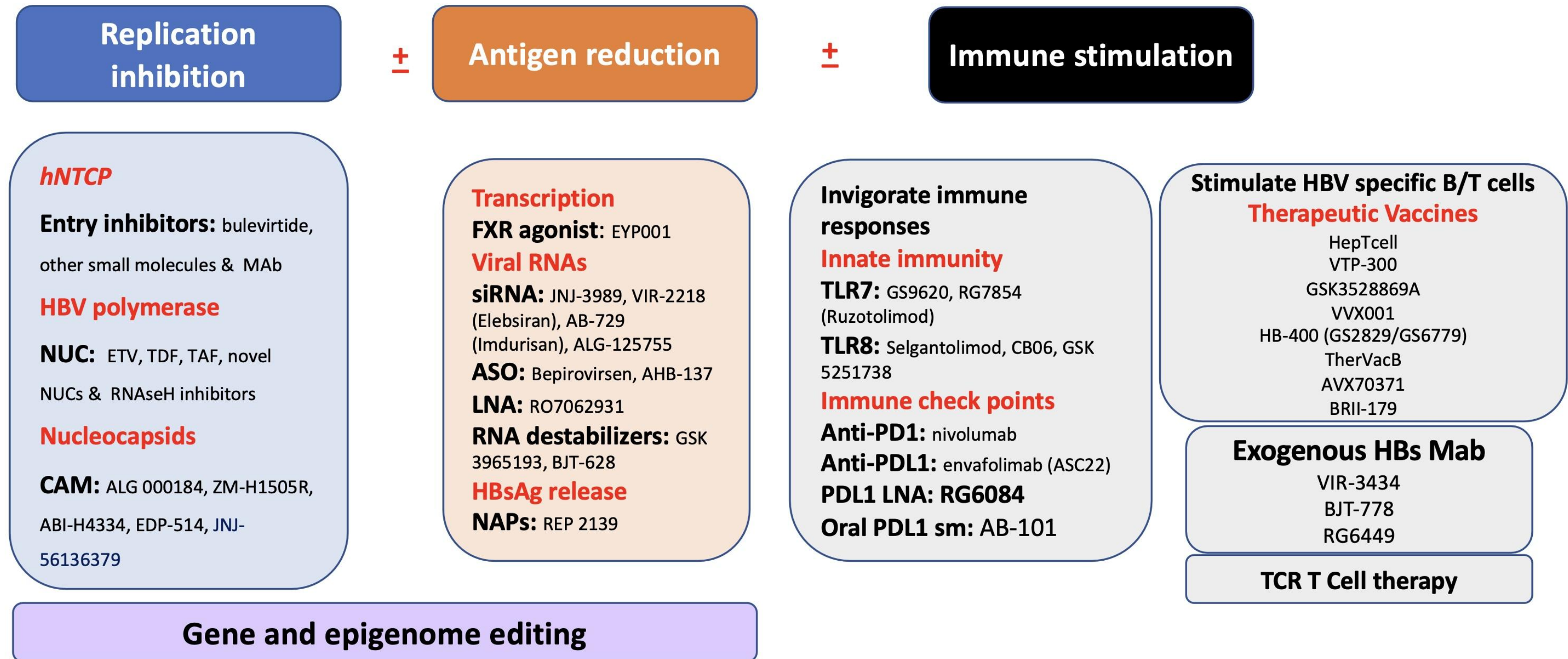
Tenofovir disoproxyl fumarate (TDF)

Tenofovir Alafenamide (TAF)

Hàng rào kháng thuốc thấp

Hiện không sử dụng

Các loại thuốc điều trị HBV đang được phát triển và tiềm năng của liệu pháp phối hợp để chữa khỏi HBV.



Fanning et al. Nat Rev Drug Discov. 2019; Revill et al, Lancet Gastroenterol Hepatol 2019; Lim et al Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2023; Feld et al, Clin Gastroenterol Hepatol 2023; <https://www.hepb.org/treatment-and-management/drug-watch>

Tóm tắt những điểm mới chính về viêm gan B từ các khuyến cáo quốc tế

1. Chỉ định điều trị mở rộng

- Hạ thấp ngưỡng một số chỉ số: ALT, độ xơ hóa, TL HBV DNA, không HBeAg
- Mở rộng điều trị cho các nhóm bị trì hoãn: bệnh đồng mắc (rối loạn chuyển hóa), giai đoạn dung nạp miễn dịch, cùng xám, cá thể hóa nhóm trẻ <30 tuổi
- Quyết định dựa trên yếu tố khác nhau và TL HBV DNA phát hiện (xơ gan, bệnh đồng mắc, biểu hiện ngoài gan, TS gia đình)
- Áp dụng không HBV DNA khi không thực hiện được XN khi có ALT tăng dai dẳng

2. Mở rộng chỉ định TAF

- Xơ gan mất bù, phụ nữ mang thai, trẻ từ 6 tuổi và từ 25 kg

3. Ngừng điều trị chặt chẽ hơn

- Xơ gan: điều trị suốt đời
- Không xơ gan: đạt Functional cure : mất HBsAg, hoặc bổ sung XN HBcAg cho việc ngừng thuốc

4. Chẩn đoán đơn giản hóa

- XN đo tải lượng HBV DNA tại phòng XN hoặc POC (point-of-care), reflex viral load testing

5. Các nhóm đặc biệt

- Điều trị DPLTMC đối Phụ nữ mang thai nhiễm HBV
- Dự phòng VGB tái hoạt/suy giảm miễn dịch

5. Triển vọng các thuốc mới

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút B- QĐ 1740/QĐ-BYT, 2026

Cập nhật chủ yếu dựa trên các khuyến cáo của WHO 2024, có bổ sung thêm khuyến cáo của EASL, AASLD

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập- Tự do- Hạnh phúc

Số: 3310/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 29 tháng 7 năm 2019

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút B

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức Bộ Y tế;

Xét biên bản họp ngày 03/7/2016 của Hội đồng chuyên môn nghiệm thu sửa đổi Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút B;

Xét đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút B và các phụ lục kèm theo.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành. Bãi bỏ Quyết định số 5448/QĐ-BYT ngày 30/12/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút B.

Điều 3. Các ông, bà: Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; Chánh Văn phòng Bộ; Chánh Thanh tra Bộ; các Vụ trưởng, Cục trưởng của Bộ Y tế; Giám đốc các bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; Thủ trưởng y tế các Bộ, ngành; Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;

- Bộ trưởng (để báo cáo);

- Các Thứ trưởng (để biết);

- Website Bộ Y tế, website Cục QLKCB;

- Lưu: VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG

THỨ TRƯỞNG



Nguyễn Viết Tiến

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 1740 /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 16 tháng 6 năm 2026

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành tài liệu chuyên môn
“Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị viêm gan vi rút B”

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023;

Căn cứ Nghị định số 42/2025/NĐ-CP ngày 27 tháng 2 năm 2025 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị viêm gan vi rút B”.

Điều 2. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị viêm gan vi rút B được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong cả nước.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành. Quyết định này thay thế Quyết định số 3310/QĐ-BYT ngày 29/7/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị viêm gan vi rút B.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Vụ trưởng, Cục trưởng các Vụ/Cục thuộc Bộ Y tế; Giám đốc các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố; Thủ trưởng Y tế các Bộ, ngành; Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;

- Bộ trưởng (để báo cáo);

- Các Thứ trưởng (để ph/h ch/d);

- Lưu: VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG

THỨ TRƯỞNG



Trần Văn Thuận

Các nội dung chính được cập nhật

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút B- QĐ 1740/QĐ-BYT, 2026

1. Chẩn đoán nhiễm HBV mạn

- Nhiễm HBV mạn được xác định khi có HBsAg (+) ít nhất 1 lần ở người lớn, và HBsAg tồn tại kéo dài 6 tháng trở lên ở vị thành niên và trẻ em.

2. Đánh giá tình trạng viêm gan B mạn

- XN ALT, AST (Giới hạn trên của mức bình thường đối với ALT là 30 U/L với nam và 19 U/L với nữ);
- XN TL HBV tại phòng XN hoặc trên hệ thống XN tại điểm chăm sóc (point-of-care).
- Đánh giá xơ hóa gan bằng các phương pháp không xâm lấn như chỉ số APRI, M2BPGi, FIB-4, FibroTest ... hay siêu âm độ đàn hồi gan
 - Bằng chứng xơ hóa gan đáng kể ($\geq$ F2): APRI > 0,5; FibroScan >7 kPa.
 - Chẩn đoán xơ gan dựa vào TCLS và/hoặc kết quả xơ hóa gan là F4: APRI > 1; FibroScan >12,5 kPa.
- Các XN phát hiện sớm biến chứng
- Các XN đánh giá các bệnh đồng mắc

Tiêu chuẩn điều trị cho người lớn, vị thành niên và trẻ ≥ 12 tuổi

Điều trị được khuyến cáo cho tất cả người lớn và thanh thiếu niên (≥ 12 tuổi) nhiễm HBV mạn và có:

- Xơ hóa gan đáng kể hoặc xơ gan (không phụ thuộc HBV DNA hoặc ALT)

Hoặc

- **HBV DNA > 2000 IU/mL và ALT > giới hạn trên của mức bình thường**

Hoặc

- Có bất kỳ yếu tố nào dưới đây và HBV DNA trên ngưỡng phát hiện (*không phụ thuộc mức ALT và độ xơ hóa gan*)

- + Bệnh đồng nhiễm (HIV, HDV, HCV);
- + Bệnh đồng mắc (**đái tháo đường, bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến rối loạn chuyển hóa**);
- + Suy giảm miễn dịch (điều trị steroid kéo dài, ghép tạng);
- + Biểu hiện ngoài gan (viêm cầu thận, viêm đa khớp hoặc viêm mạch);
- + Tiền sử gia đình có người ung thư gan hoặc xơ gan;
- + Tái phát sau khi ngưng điều trị thuốc kháng HBV.

Hoặc

- **Trường hợp không đo được tải lượng HBV DNA:** Chỉ định điều trị khi ALT > giới hạn trên của mức bình thường kéo dài trong 6- 12 tháng, không phụ thuộc độ xơ hóa gan.

Các thuốc kháng vi rút viêm gan B cho người ≥ 12 tuổi

Tên thuốc	Liều người lớn và lưu ý	Tác dụng phụ
TDF 300 mg	- 300 mg/ngày - Đối với người có suy thận: điều chỉnh liều theo mức lọc cầu thận	- Bệnh thận, hội chứng Fanconi, hội chứng loãng xương, nhiễm toan lactic - Tránh dùng khi mức lọc cầu thận <50 ml/phút; loãng xương; nguy cơ cao gây rối loạn chức năng thận: THA, ĐTĐ, sử dụng thuốc gây độc với thận, tuổi cao, nhẹ cân (<50 kg).
Entecavir 0,5 mg, 1 mg (ETV)	- 0,5 mg/ngày (1 mg/ngày nếu từng sử dụng 3TC hoặc có xơ gan mất bù) - Có suy thận: điều chỉnh liều theo mức lọc cầu thận	- Nhiễm toan lactic - Không dùng cho phụ nữ mang thai
TAF 25 mg	- 25 mg/ngày - Không cần giảm liều đối với các trường hợp suy thận nhẹ, vừa và nặng, hoặc chạy thận nhân tạo.	- Có thể chỉ định cho người bệnh xơ gan mất bù - Có thể tăng cân, tăng cholesterol, nhiễm toan lactic - Không chỉ định cho người bệnh suy thận có mức lọc cầu thận <15 ml/phút mà không được lọc máu/chạy thận nhân tạo
TDF 300 mg/ 3TC 100mg; TDF300 mg/ FTC 200 mg	- 1 viên phối hợp/ngày - Chỉ sử dụng khi không sẵn có TDF đơn	- Bệnh thận, hội chứng Fanconi, hội chứng loãng xương, nhiễm toan lactic
Peg-IFN-α-2a	- 180 µg/tuần - Xem xét chỉ định cho người bệnh muốn điều trị thời gian ngắn; người bệnh đồng nhiễm HDV; hoặc có tải lượng HBV thấp và ALT tăng cao, không muốn điều trị dài hạn bằng NAs. - Lưu ý: cần tư vấn kỹ về hiệu quả và tác dụng	Các triệu chứng giả cúm, mệt mỏi, rối loạn tâm thần, giảm bạch cầu, rối loạn miễn dịch, rối loạn chức năng tuyến giáp, chán ăn và sụt cân

Tiêu chuẩn điều trị cho trẻ 2-11 tuổi

- Hiện chưa có đầy đủ bằng chứng để áp dụng tiêu chuẩn điều trị của người lớn và vị thành niên cho trẻ em dưới 12 tuổi.
- Điều trị cho trẻ 2-11 tuổi khi có một trong các biểu hiện sau đây:
 - Có bùng phát viêm gan dai dẳng (ít nhất 2 lần đánh giá trong vòng 6 tháng) và có HBV DNA >2000 IU/mL
 - Xơ gan hoặc xơ hóa gan tiến triển ($\geq$ F2)
 - Các bệnh đồng nhiễm, đồng mắc có nguy cơ làm tăng tiến triển của bệnh gan
 - Có chỉ định điều trị thuốc ức chế miễn dịch hoặc hóa trị liệu.
- Chỉ định điều trị viêm gan B mạn ở trẻ em cần được xem xét cẩn thận và loại trừ các nguyên nhân khác gây tổn thương gan, bao gồm các bệnh gan di truyền (ví dụ bệnh Wilson...)
- Không chỉ định điều trị ở trẻ < 2 tuổi

Các thuốc kháng vi rút viêm gan B cho trẻ 2-11 tuổi

Tên thuốc	Liều trẻ em	Tác dụng phụ
ETV 0,5 mg	Trẻ ≥ 2 tuổi: tính liều theo cân nặng: 0,015 mg/kg mỗi ngày (cao nhất 0,5 mg/ngày)	Nhiễm toan lactic
TDF 300 mg	TDF gói: 8mg/kg/ngày (tối đa 300 mg/ngày) cho trẻ ≥ 2 tuổi ¹	Bệnh thận, hội chứng Fanconi, hội chứng loãng xương, nhiễm toan lactic Không chỉ định cho trẻ có mức lọc cầu thận <50 ml/phút; hoặc được chẩn đoán xác định loãng xương
TAF 25 mg	dùng 25 mg/ngày với trẻ ≥ 6 tuổi và có cân nặng ≥ 25 kg; ¹	Tăng cân, tăng cholesterol, nhiễm toan lactic, Không chỉ định cho trẻ suy thận có mức lọc cầu thận <15 ml/phút mà không lọc máu/chạy thận nhân tạo

Thất bại điều trị VGB

Chẩn đoán thất bại điều trị VGB

Trường hợp làm được tải lượng HBV DNA

- Thất bại điều trị sơ cấp: nồng độ HBV DNA giảm $<1 \log_{10}$ IU/mL trong vòng 3 tháng kể từ khi bắt đầu điều trị kháng vi rút.
- Thất bại điều trị thứ cấp: HBV DNA tăng $> 1 \log_{10}$ IU/mL so với mức thấp nhất đã đạt được trong quá trình điều trị sau khi người bệnh đã có đáp ứng điều trị VGB ban đầu

Lưu ý:

- Cần đánh giá tuân thủ điều trị, tăng cường hỗ trợ tuân thủ điều trị và xem xét tải lượng HBV DNA để kiểm tra lại trước khi kết luận thất bại điều trị.

Trường hợp không làm được tải lượng HBV DNA

- Người bệnh đang dùng thuốc kháng vi-rút có hàng rào kháng thuốc thấp, được ghi nhận hoặc nghi ngờ tuân thủ điều trị kém và tăng ALT và/hoặc có bằng chứng bệnh gan tiến triển.

Lựa chọn phác đồ điều trị

Thất bại điều trị với các thuốc đang sử dụng	Cách thức	
	Đổi thuốc	Phối hợp thuốc
Entecavir	Tenofovir (TDF hoặc TAF)	Entecavir + Tenofovir (TDF hoặc TAF) hoặc TDF +FTC
TDF	Entecavir hoặc TAF	Tenofovir (TDF hoặc TAF) + Entecavir
Đa kháng	Tenofovir (TDF hoặc TAF)	Tenofovir (TDF hoặc TAF) + Entecavir

Các nội dung khác

Điều trị VGB cho một số quần thể đặc biệt

- Đồng nhiễm HBV/HCV, HBV/HIV, HBV/HDV
- Phụ nữ mang thai
- Người bệnh bị ung thư biểu mô tế bào gan
- Người bệnh dùng thuốc ức chế miễn dịch, hóa trị liệu ung thư, ghép tạng
- Đợt bùng phát của viêm gan B mạn

Theo dõi điều trị

- Trường hợp chưa có chỉ định điều trị thuốc kháng vi rút
- Trường hợp đang điều trị hoặc đã ngừng điều trị thuốc kháng vi rút

Phòng bệnh

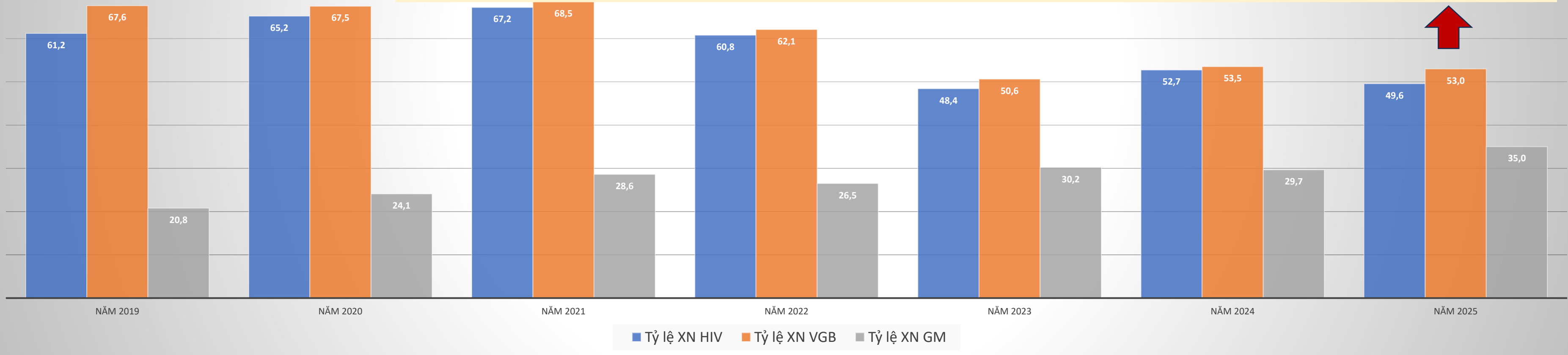
- Tiêm phòng vắc xin viêm gan B
- Dự phòng lây truyền VGB từ mẹ sang con
- Dự phòng sau phơi nhiễm HBV

Tăng cường triển khai chăm sóc và điều trị VGB tại các cơ sở y tế

Dự phòng lây truyền viêm gan B từ mẹ sang con

Tỷ lệ phụ nữ đẻ XN HIV, VGB và giang mai trong thời gian mang thai Giai đoạn 2019-2025¹

Chỉ tiêu quốc gia đến năm 2025 tỷ lệ PN đẻ được XN VGB, giang mai $\geq 70\%$, XN HIV là $80\%^2$,
Chỉ tiêu đến năm 2030 tỷ lệ PN đẻ được XN VGB, HIV, giang mai $\geq 95\%^2$,



Ước tính tỷ lệ điều trị ARV cho PNMT nhiễm HIV **76.6%**⁴
Ước tính tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con **12,77%**⁴



Mục tiêu loại trừ HIV từ mẹ sang con:
< 5% lây truyền mẹ con ở trẻ bú mẹ hoặc < 2% ở trẻ không bú mẹ²

Tỷ lệ trẻ <5 tuổi có HBsAg (+) là **0,64%**⁴



Mục tiêu loại trừ lây truyền
VGB từ mẹ sang con: $\leq 0,1\%^2$

Tăng cường triển khai Loại trừ lây truyền VGB từ mẹ sang con theo khuyến cáo của WHO 2024



Đối với PNMT:

- XN HBsAg cho tất cả PNMT trong quá trình mang thai cùng với XN HIV, giang mai
- Tư vấn cho PNMT có HBsAg (+) và (-)
- Điều trị DPLT MC cho PNMT có HBsAg (+) tại cơ sở sản khoa/truyền nhiễm thuốc kháng vi rút cho PNMT đủ tiêu chuẩn (TDF 300 mg)
- Kết nối chuyển gửi, theo dõi quản lý cặp mẹ con sau sinh



Đối với tất cả trẻ em:

- Tiêm phòng vắc xin VGB liều sơ sinh và 3 liều tiếp theo

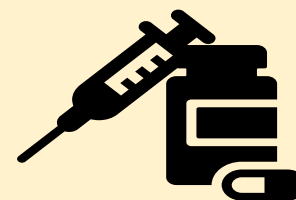
Đối với trẻ sinh ra từ mẹ có HBsAg (+):

- Huyết thanh Kháng viêm gan B
- Theo dõi trẻ và XN HBsAg, anti HBs từ 7-12 tháng tuổi

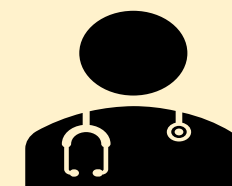
Cần nhắc về Chương trình:



Tài chính



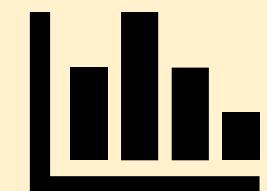
can thiệp



Nhân lực y tế



Xét nghiệm

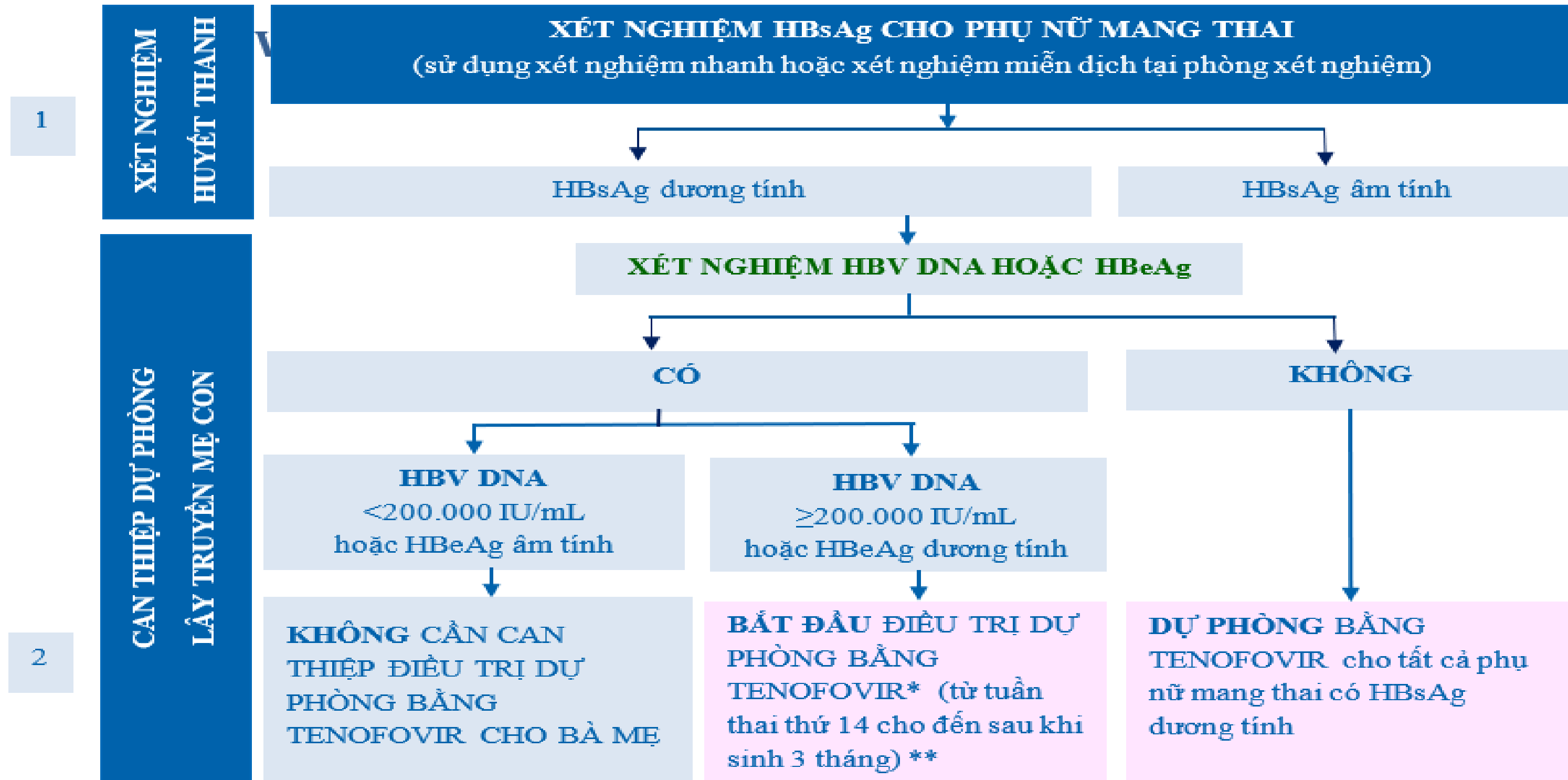


Số liệu

Hướng dẫn kỹ thuật các can thiệp dự phòng lây truyền HIV, HBV và giang mai từ mẹ sang con- Quyết định 678/QĐ-BYT, 2025

Hướng dẫn kỹ thuật các can thiệp dự phòng lây truyền HIV, HBV và giang mai từ mẹ sang con- Quyết định 2834/QĐ-BYT, 2019	Khuyến cáo mới đã cập nhật trong Hướng dẫn kỹ thuật các can thiệp dự phòng lây truyền HIV, HBV và giang mai từ mẹ sang con- Quyết định 678/QĐ-BYT, 2025
Can thiệp dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con	Cập nhật theo Hướng dẫn dự phòng, chẩn đoán và điều trị VGB mạn của WHO, 2024
Xét nghiệm HBsAg và Anti-HBs khi trẻ > 12 tháng tuổi	Xét nghiệm HBsAg và Anti-HBs khi trẻ từ 7-12 tháng
Chỉ điều trị điều trị DPLTMC viêm gan B khi có kết quả vi rút > 10 ⁶ bản sao/ml hoặc trên 200,000 UI/ml	Nếu có thể tiếp cận với xét nghiệm huyết thanh HBV DNA hoặc HBeAg: Dự phòng bằng TDF cho phụ nữ mang thai có HBsAg dương tính với HBV DNA ≥200 000 IU/mL hoặc HBeAg dương tính Nếu không thể tiếp cận với xét nghiệm huyết thanh HBV DNA hoặc HBeAg: Dự phòng bằng TDF cho tất cả phụ nữ mang thai có HBsAg dương tính
Thời điểm điều trị DPLTMC viêm gan B từ tuần 24- 28 của thai kỳ	Dự phòng bằng thuốcTDF (từ tháng thứ 14 của thai kỳ cho đến sau khi sinh 3 tháng hoặc hoàn thành loạt vắc-xin HBV cho trẻ sơ sinh)

Sử dụng thuốc kháng vi rút viêm gan B điều trị dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con



*: Thai phụ có bệnh lý thận hoặc loãng xương ưu tiên dùng TAF

**: cần XN đánh giá lại trước khi ngừng thuốc

Điều trị dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con bằng TDF có thể được thực hiện tại cơ sở sản phụ khoa hoặc truyền nhiễm

Các nội dung cập nhật/bổ sung tại Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút B- QĐ 1740/QĐ-BYT, 2026

- **Đối với phụ nữ mang thai có HBsAg (+) và chưa điều trị thuốc kháng vi rút,**
 - Đánh giá các tiêu chuẩn điều trị
 - Nếu đủ tiêu chuẩn: điều trị bằng **TDF hoặc TAF**
 - Nếu chưa đủ tiêu chuẩn: Điều trị **TDF hoặc TAF** để dự phòng lây nhiễm HBV từ mẹ sang con.
- **Đối với phụ nữ đang điều trị viêm gan B mạn và muốn có thai,**
 - Tiếp tục điều trị bằng TDF hoặc TAF. Nếu đang điều trị ETV, chuyển sang **TDF hoặc TAF** trước khi dự kiến có thai ít nhất 2 tháng.
- **Đối với phụ nữ mới phát hiện có thai trong khi đang điều trị thuốc kháng vi rút**
 - Tiếp tục điều trị TDF hoặc TAF, hoặc chuyển sang **TDF hoặc TAF** nếu đang điều trị ETV.

Xin cảm ơn !

Góc nhìn cộng đồng: Tiếp cận khách hàng và truyền thông về viêm gan

Đỗ Thụy An My

Đại diện nhóm cộng đồng



Tiếp cận đúng nhóm có nguy cơ viêm gan B, C

01

Nhóm ưu tiên

- Người sử dụng ma túy
- Người bán dâm
- Nam quan hệ đồng giới
- Phụ nữ mang thai



02

Các yếu tố làm tăng nguy cơ

- Tiếp xúc với nguồn lây qua đường máu
- Dùng chung ống tiêm khi sử dụng ma túy
- Lây truyền qua đường tình dục



03

Ngoài ra:

- Người có thu nhập thấp
- Người sống trong khu vực/điều kiện sống khó khăn



Rào cản tiếp cận dịch vụ xét nghiệm và điều trị

Rào cản về nhận thức

- Không biết hoặc không nghĩ mình có nguy cơ → không chủ động xét nghiệm
- Thiếu kiến thức và nhận thức về nguy cơ viêm gan B, C



Rào cản khi tiếp cận dịch vụ

- Ngại đến cơ sở y tế vì đông người, mất thời gian
- Lo ngại tiết lộ thông tin và kỳ thị



Rào cản về chi phí

- Chi phí xét nghiệm tải lượng và các xét nghiệm định lượng
- Chi phí điều trị cao
- Các chương trình hỗ trợ hiện còn giới hạn, chủ yếu dành cho người nhiễm HIV hoặc người điều trị MMT; người có thu nhập thấp có nguy cơ bị bỏ lại phía sau

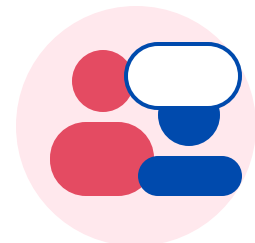


Truyền thông, tư vấn và kết nối dịch vụ



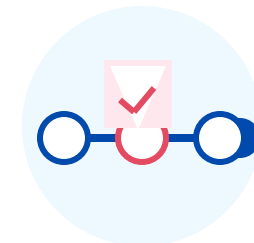
Tăng cường cung cấp thông tin

- Nâng cao nhận thức: không nên chủ quan với viêm gan B, C
- Cung cấp thông tin về nguy cơ và lợi ích của xét nghiệm



Tư vấn và kết nối

- Tư vấn, khuyến khích khách hàng chủ động xét nghiệm
- Giới thiệu các dịch vụ xét nghiệm và điều trị uy tín, thân thiện và phù hợp
- Kết nối với các dịch vụ sẵn có, bao gồm các dịch vụ được dự án hỗ trợ
- Chuyển gửi khách hàng đến đúng nơi để được khám và điều trị



Hỗ trợ trong điều trị

- Hỗ trợ khách hàng trong quá trình điều trị để tuân thủ đúng liệu trình
- Bảo mật thông tin và góp phần giảm kỳ thị

Vai trò của cộng đồng trong dự phòng viêm gan B, C

01

Nâng cao nhận thức



- Tăng cường nhận thức về phòng ngừa viêm gan B, C
- Khuyến khích mọi người chủ động xét nghiệm để biết tình trạng của mình và điều trị kịp thời

02

Dự phòng viêm gan B



- Tư vấn và khuyến khích tiêm vắc-xin phòng viêm gan B
- Kiểm tra tình trạng miễn dịch

03

Thực hành an toàn



- Sử dụng bao cao su đúng cách
- Không dùng chung bơm kim tiêm
- Không dùng chung các dụng cụ/ống tiêu hút

Khuyến nghị

1 Mở rộng hỗ trợ xét nghiệm

Tiếp tục hỗ trợ xét nghiệm viêm gan B, C miễn phí.



2

Mở rộng hỗ trợ điều trị

Hỗ trợ điều trị miễn phí cho cả người thuộc nhóm đích và người có thu nhập thấp.



3

Tăng khả năng tiếp cận cho người thiếu giấy tờ

Hỗ trợ điều trị cho người không có CCCD, cho phép xác minh danh tính bằng hình ảnh hoặc dấu vân tay.





DIỄN ĐÀN TRỰC TUYẾN DỰ PHÒNG VIÊM GAN

NATIONAL ONLINE FORUM ON VIRAL HEPATITIS PREVENTION

Hà Nội, ngày 28 tháng 8 năm 2026

SAFEStart+

 **Unitaid**
SAVE LIVES FASTER

PATH
P O T T A O + // 2 0 0

 **INTERNATIONAL COMMUNITY
OF WOMEN LIVING WITH HIV
EASTERN AFRICA (ICWEA)**

 **World
Hepatitis
Alliance**

