



TƯ VẤN VÀ CHĂM SÓC VIÊM GAN B, C

Cẩm nang dành cho nhân viên y tế cơ sở

Tài liệu này thuộc khuôn khổ Dự án “Tăng cường sàng lọc, chẩn đoán, chăm sóc và điều trị viêm gan B, C tại tuyến y tế cơ sở”



MỤC LỤC

CHƯƠNG I - KIẾN THỨC CƠ BẢN VỀ VIÊM GAN VIRUS B, C

1. HIỂU BIẾT CƠ BẢN VỀ VIÊM GAN VIRUS B, C
2. TỪ CHẨN ĐOÁN ĐẾN ĐIỀU TRỊ - HÀNH TRÌNH CỦA NGƯỜI MẮC VIÊM GAN B, C
3. SÀNG LỌC VÀ PHÒNG NGỪA VIÊM GAN B, C
4. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN B, C
5. VIÊM GAN B, C Ở MỘT SỐ QUẦN THỂ ĐẶC BIỆT
6. SỐNG KHỎE MẠNH VỚI VIÊM GAN B, C

CHƯƠNG II – TƯ VẤN VÀ SÀNG LỌC VIÊM GAN B, C

7. TƯ VẤN VÀ SÀNG LỌC VIÊM GAN B, C

CHƯƠNG III – CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN B, C MẠN TÍNH

8. CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN B MẠN TÍNH
9. CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN C MẠN TÍNH

PHỤ LỤC

BẢNG CÁC CHỮ VIẾT TẮT

TÀI LIỆU THAM KHẢO



CHƯƠNG I – KIẾN THỨC CƠ BẢN VỀ VIÊM GAN VIRUS B, C

1. HIỂU BIẾT CƠ BẢN VỀ VIÊM GAN VIRUS B, C

- 1.1 Viêm gan B là gì?
- 1.2 Viêm gan C là gì?
- 1.3 Viêm gan B, C biểu hiện thế nào?
- 1.4 Viêm gan B, C có phổ biến không?
- 1.5 Viêm gan B, C lây truyền thế nào?

2. TỪ CHẨN ĐOÁN ĐẾN ĐIỀU TRỊ - HÀNH TRÌNH CỦA NGƯỜI MẮC VIÊM GAN B, C

- 2.1 Chăm sóc và điều trị viêm gan B, C là quá trình liên tục
- 2.2 Người có viêm gan B, C đối mặt với nhiều thách thức trên hành trình chăm sóc
- 2.3 Cung cấp chăm sóc viêm gan B, C chất lượng cao, lấy người bệnh làm trung tâm

3. SÀNG LỌC VÀ PHÒNG NGỪA VIÊM GAN VIRUS B, C

- 3.1 Làm thế nào để biết một người có mắc viêm gan B hay không?
- 3.2 Làm thế nào để biết một người có mắc viêm gan C hay không?
- 3.3 Ai cần được xét nghiệm viêm gan B, C?
- 3.4 Dự phòng viêm gan B, C như thế nào?

4. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN B, C

- 4.1 Viêm gan B điều trị như thế nào?
- 4.2 Viêm gan C điều trị như thế nào?
- 4.3 Viêm gan B, C có thể được điều trị tại cơ sở y tế nào?

5. VIÊM GAN B, C Ở MỘT SỐ QUẦN THỂ ĐẶC BIỆT

- 5.1 Nhiễm HBV và phụ nữ mang thai
- 5.2 Nhiễm HCV và phụ nữ mang thai
- 5.3 Đồng nhiễm HBV, HCV ở người có HIV

6. SỐNG KHỎE MẠNH VỚI VIÊM GAN B, C

- 6.1 Tư vấn sống khỏe mạnh cho người có viêm gan B, C
- 6.2 Tư vấn cho người viêm gan B, C bảo vệ người thân và cộng đồng
- 6.3 Giải đáp một số hiểu lầm phổ biến về viêm gan B, C



CHƯƠNG II – TƯ VẤN VÀ SÀNG LỌC VIÊM GAN B, C

7. TƯ VẤN VÀ SÀNG LỌC VIÊM GAN B, C

- 7.1 Sàng lọc viêm gan B, C tại các cơ sở y tế và cộng đồng
- 7.2 Tư vấn và xét nghiệm sàng lọc viêm gan B, C – Các nguyên tắc
- 7.3 Tư vấn trước xét nghiệm
- 7.4 Tư vấn sau xét nghiệm và kết nối điều trị

CHƯƠNG III – CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN B, C MẠN TÍNH

8. CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN B MẠN TÍNH

- 8.1 Quy trình quản lý viêm gan B mạn tính
- 8.2 Đánh giá tình trạng bệnh lý gan và hoạt động của HBV
- 8.3 Tiêu chí điều trị thuốc kháng virus
- 8.4 Điều trị thuốc kháng virus trong viêm gan B mạn
- 8.5 Phân tuyến điều trị viêm gan B mạn theo tình trạng bệnh
- 8.6 Điều trị viêm gan B ở một số nhóm đối tượng đặc biệt
- 8.7 Tiêu chuẩn điều trị viêm gan B ở trẻ em
- 8.8 Theo dõi người có HBV điều trị kháng virus
- 8.9 Theo dõi người có HBV chưa điều trị thuốc kháng virus
- 8.10 Dừng và Tái điều trị viêm gan B bằng thuốc tương tự nucleos(t)ide
- 8.11 Theo dõi người có HBV đã ngừng điều trị kháng virus
- 8.12 Tư vấn điều trị viêm gan B mạn tính
- 8.13 Dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con

9. CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN C MẠN TÍNH

- 9.1 Quy trình quản lý viêm gan C mạn tính
- 9.2 Đánh giá tình trạng bệnh lý gan và hoạt động của HCV
- 9.3 Điều trị viêm gan C bằng thuốc kháng virus
- 9.4 Phân tuyến điều trị người bệnh viêm gan C theo tình trạng bệnh
- 9.5 Theo dõi lâm sàng và xét nghiệm trong điều trị viêm gan C
- 9.6 Tư vấn người bệnh điều trị viêm gan C



Phụ lục 1. Đánh giá tình trạng xơ hóa gan và xơ gan bằng các phương pháp không xâm nhập

Phụ lục 2. Xác định tình trạng xơ gan mất bù theo điểm Child-Turcotte-Pugh

Phụ lục 3. Các thuốc kháng vi rút viêm gan B tương tự nucleoside/nucleotide

Phụ lục 4. Điều chỉnh liều thuốc kháng virus ở người suy thận

Phụ lục 5. Các thuốc kháng virus tác động trực tiếp thường dùng trong điều trị viêm gan C

Phụ lục 6. Một số tương tác giữa các thuốc điều trị viêm gan C và các thuốc khác



CHƯƠNG 1

KIẾN THỨC CƠ BẢN VỀ VIÊM GAN VIRUS B, C

1. HIỂU BIẾT CƠ BẢN VỀ VIÊM GAN VIRUS B, C

Viêm gan B, C mạn là các **bệnh lý phổ biến** trên thế giới và tại Việt Nam.

Viêm gan B, C mạn **thường diễn biến thầm lặng** nhưng người mắc có **nguy cơ cao tiến triển đến xơ gan, ung thư gan và tử vong**.

Viêm gan B, C lây truyền qua **đường máu**, qua **quan hệ tình dục** và **lây từ mẹ sang con**.



1.1 Viêm gan B là gì?

Viêm gan B (VGB) là bệnh viêm gan do virus viêm gan B (viết tắt là HBV) gây nên. Diễn biến của nhiễm HBV phụ thuộc vào sự tương tác giữa virus và hệ thống miễn dịch của cơ thể, và biểu hiện bằng lượng virus trong máu và mức độ tổn thương gan.

Viêm gan B cấp là tình trạng nhiễm HBV trong vòng 6 tháng đầu tiên sau khi nhiễm virus. Phần lớn người mắc VGB cấp (đến 95% người ở tuổi trưởng thành) sẽ hồi phục, virus không còn trong máu, người mắc gần như không có nguy cơ xơ gan hoặc ung thư gan. Ở một số người khác, nhiễm HBV cấp sẽ chuyển thành mạn tính.

Viêm gan B mạn xảy ra khi cơ thể không loại bỏ được virus, HBV tồn tại > 6 tháng và thường là suốt đời. Nguy cơ VGB trở thành mạn tính cao nhất là khi nhiễm virus xảy ra ở lứa tuổi bé (>90% khi lây từ mẹ lúc sinh và 30% nếu mắc VGB ở tuổi 1-5), hoặc có các bệnh đồng nhiễm (HIV, HCV, HDV), tình trạng suy giảm miễn dịch.

- Cứ 4 người nhiễm HBV mạn sẽ có 1 người tiến triển đến xơ hóa gan, xơ gan hoặc ung thư gan sau 10 đến 40 năm.
- Cứ 5 người có xơ gan có 1 người sẽ tiến triển đến tình trạng mất bù.
- 1-5% người viêm gan mạn tính và xơ gan có nguy cơ tiến triển đến ung thư gan mỗi năm.

Ngay cả khi người mắc đã hồi phục sau nhiễm HBV, DNA của virus vẫn tồn tại trong nhân tế bào gan và có thể tái hoạt động nếu cơ thể bị suy giảm miễn dịch (ví dụ, điều trị hóa chất, thuốc miễn dịch, mang thai hoặc đồng nhiễm HIV), thể hiện bằng sự tái xuất hiện của HBsAg và HBV trong máu.

Đồng nhiễm các virus viêm gan: Người bị VGB có thể đồng nhiễm virus viêm gan D (HDV) làm gia tăng nguy cơ bệnh mạn tính và biểu hiện nặng hơn. Đồng nhiễm HBV và HCV có thể gây bệnh lý gan nặng hơn và nguy cơ cao hơn tiến triển đến ung thư gan.



1.2 Viêm gan C là gì?

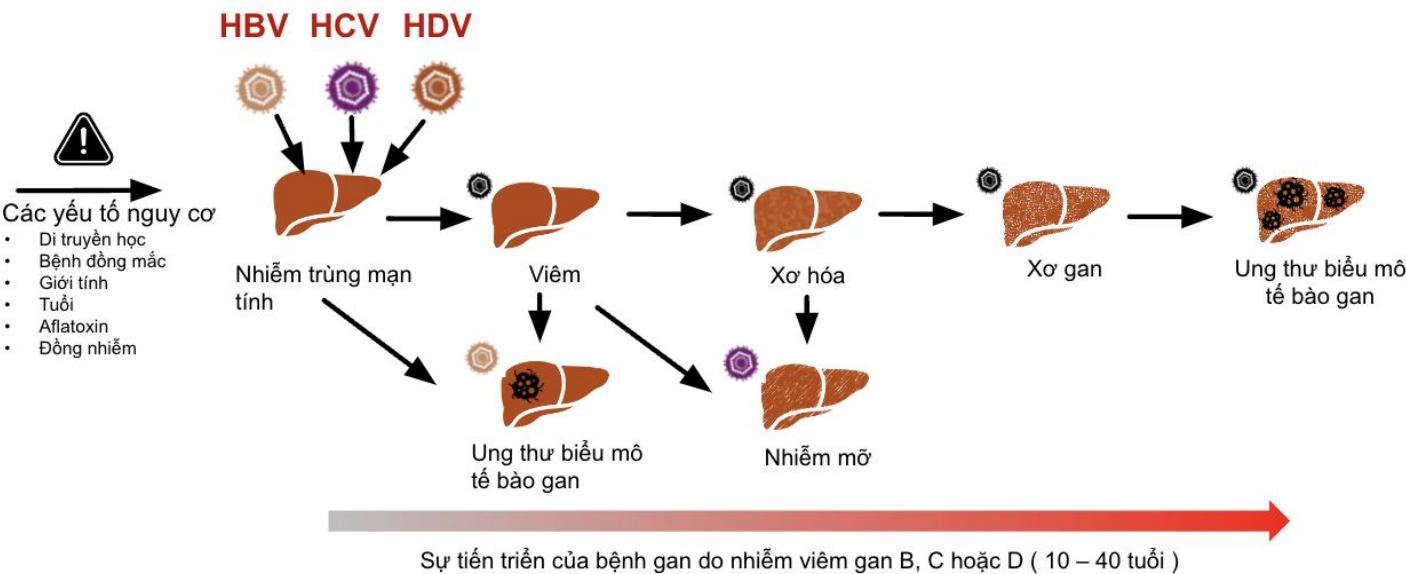
Viêm gan C (VGC) là bệnh viêm gan do virus viêm gan C (viết tắt là HCV) gây nên. Có 6 type HCV, ký hiệu từ 1 đến 6; hai type lưu hành phổ biến tại Việt Nam là 1 và 6.

Viêm gan C cấp diễn biến trong vòng 6 tháng sau khi nhiễm virus. Cứ 5 người nhiễm HCV cấp tính thì có 1-2 người có thể tự loại trừ được virus và khỏi bệnh; một số yếu tố thuận lợi cho việc loại trừ HCV bao gồm: có biểu hiện viêm gan cấp sau nhiễm, lứa tuổi trẻ, giới tính nữ.

Viêm gan C mạn: Cứ mỗi 5 người nhiễm HCV sẽ có 3-4 người trở thành mạn tính, khi virus tồn tại > 6 tháng trong cơ thể. Khoảng 5-25% người có VGC mạn sẽ tiến triển đến xơ gan trong 10-20 năm; 3-6% người có xơ gan tiến triển đến tình trạng mất bù mỗi năm với nguy cơ tử vong là 15-20% trong năm tiếp theo; và 1-4% người có xơ gan tiến triển đến ung thư gan mỗi năm.

Các yếu tố nguy cơ nhiễm HCV trở thành mạn tính và xơ gan bao gồm giới tính nam, tuổi > 50, có sử dụng rượu bia, đồng nhiễm HBV, HIV; điều trị thuốc ức chế miễn dịch.

Người mắc VGC đã khỏi vẫn có kháng thể anti-HCV tồn tại suốt đời; tuy nhiên kháng thể không có khả năng bảo vệ, và người đó vẫn có thể tái nhiễm HCV nếu có hành vi khiến họ bị phơi nhiễm với virus.



Theo D'souza S, et al. World J Gastroenterol 2020; 26(38)



1.3 Viêm gan B, C biểu hiện thế nào?

VGB, C có nhiều điểm giống nhau trong biểu hiện lâm sàng và diễn biến, được trình bày trong bảng tiếp theo.

	Viêm gan B	Viêm gan C
Ủ bệnh	90 ngày (dao động 60-150 ngày)	2-12 tuần (dao động 2-26 tuần)
Viêm gan cấp	<p>Biểu hiện từ không triệu chứng đến bệnh nhẹ và hiếm khi là viêm gan tối cấp.</p> <p>Triệu chứng thường gặp: sốt, mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn, nôn; đầy bụng, đi tiểu sẫm màu; phân bạc màu; đau khớp, vàng da; các triệu chứng kéo dài một vài tuần đến 6 tháng.</p> <p>Chỉ phân biệt được VGB hoặc VGC khi xét nghiệm virus học.</p>	
Viêm gan mạn	<p>Phần lớn người nhiễm virus VGB hoặc VGC mạn tính không có triệu chứng, chỉ phát hiện khi xét nghiệm tình cờ (hiển máu, khám sức khỏe, bị các bệnh lý khác).</p> <p>Một số người có viêm gan mạn tính, biểu hiện bằng tăng men gan AST/ALT, hoặc một số dấu hiệu và triệu chứng gan khác (mệt mỏi, chán ăn, đầy bụng, tiểu sẫm màu, vàng da); một số tiến triển đến xơ gan/xơ gan mất bù hoặc ung thư gan.</p> <p>Xơ gan mất bù là tình trạng suy giảm chức năng gan, biểu hiện bằng vàng da, giãn tĩnh mạch thực quản, tràn dịch màng bụng, bệnh lý não gan, nhiễm khuẩn.</p> <p>Một số người có các biểu hiện ngoài gan: viêm động mạch nút, viêm cầu thận (VGB); tiểu đường, viêm cầu thận, globulin kết tủa lạnh (cryoglobulinemia), porphyria da, u lympho Non-Hodgkin (VGC).</p>	



1.4 Viêm gan B, C có phổ biến không?

VGB, C là nguyên nhân phổ biến gây xơ gan, ung thư gan trên thế giới và ở Việt Nam.

Các ca viêm gan và tử vong (2022)			
	HBV	HCV	Tử vong
Thế giới	> 250 triệu	> 50 triệu	>1.4 triệu
WHO – Tây Thái Bình Dương	> 95 triệu	> 12 triệu	>500,000
Việt Nam	> 6 triệu	>900,000	30,000

CDA Foundation 2022

Tại Việt Nam:

Cứ 12 người sẽ có 1 người mắc viêm gan virus B hoặc C






- Tử vong do ung thư gan là 23 ca/100.000 dân, đứng trong nhóm 5 nước dẫn đầu toàn thế giới.
- Chỉ 40% số người có HBV được chẩn đoán và dưới 2% số người có chỉ định điều trị được dùng thuốc kháng virus.



1.5 Viêm gan B, C lây truyền thế nào?

VGB, C có chung các đường lây truyền; nguy cơ có thể khác nhau giữa hai loại virus.

	HBV	HCV
 Lây từ mẹ sang con	NGUY CƠ rất cao	NGUY CƠ vừa
 Lây qua đường máu	NGUY CƠ rất cao	NGUY CƠ rất cao
 Lây qua đường tình dục	NGUY CƠ cao	NGUY CƠ thấp

VGB phổ biến hơn ở những người sinh trước năm 2003 (trước khi có chương trình tiêm vaccine VGB cho trẻ dưới 1 tuổi trên toàn quốc). VGB có xu hướng tập trung trong gia đình.

VGC phổ biến hơn trong các nhóm người tiêm chích, nam quan hệ tình dục (QHTD) đồng giới; người được truyền máu sử dụng chế phẩm máu trước 1993 (trước khi có quy định sàng lọc HCV trong truyền máu).



2. TỪ CHẨN ĐOÁN ĐẾN ĐIỀU TRỊ - HÀNH TRÌNH CỦA NGƯỜI MẮC VIÊM GAN B, C

Chăm sóc và điều trị VGB, C là **quá trình liên tục** từ phát hiện bệnh, tiếp cận với chăm sóc đến điều trị hiệu quả.

Người có VGB, C gặp rất **nhiều trở ngại** trên hành trình chăm sóc và điều trị.




Người có VGB, C cần được cung cấp **chăm sóc và điều trị chất lượng cao, lấy người bệnh làm trung tâm.**



2.1 Chăm sóc và điều trị viêm gan B, C là quá trình liên tục

Mục tiêu cuối cùng của chăm sóc và điều trị (CS & ĐT) VGB, C là ngăn ngừa các hậu quả lâu dài của bệnh: điều trị khỏi VGC và ức chế hiệu quả virus đối với VGB. CS & ĐT VGB, C là một quá trình liên tục từ khi phát hiện bệnh đến tiếp cận điều trị và điều trị hiệu quả/chăm sóc lâu dài.

Mục tiêu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) là loại trừ viêm gan virus như một mối đe dọa sức khỏe cộng đồng vào năm 2030.

	 Chẩn đoán	 Điều trị	 Chăm sóc lâu dài	
Mục tiêu loại bỏ viêm gan toàn cầu của WHO đến năm 2030	HBV	90% được chẩn đoán	80% được điều trị	
	HCV	90% được chẩn đoán	80% được chữa khỏi	
Mục tiêu của Bộ Y tế Việt Nam đến năm 2025	HBV	50% được chẩn đoán	60% được điều trị	90% ức chế được virus
	HCV	50% được chẩn đoán	60% được điều trị	95% được chữa khỏi

Các chiến lược loại bỏ viêm gan của WHO và Bộ Y tế Việt Nam

Cung cấp dịch vụ có chất lượng, dựa trên bằng chứng và lấy người bệnh làm trung tâm

- Bảo đảm tiêm phòng vaccine VGB cho trẻ em trong vòng 24h sau sinh.
- Nâng cao nhận thức về xét nghiệm phát hiện VGB, VGC.
- Mở rộng khả năng tiếp cận xét nghiệm VGB, VGC; lồng ghép xét nghiệm với kết nối điều trị.
- Cung cấp điều trị VGB, C mạn tính hiệu quả cho những người có chỉ định, đảm bảo tất cả mọi người có thể tiếp cận điều trị VGB, C với chi phí hợp lý.

Tối ưu hóa hệ thống, lĩnh vực và quan hệ đối tác để tạo tác động

- Thúc đẩy việc lồng ghép CS & ĐT viêm gan vào chăm sóc sức khỏe ban đầu.
- Nâng cao năng lực của NVTY liên quan đến xét nghiệm và điều trị viêm gan.

Huy động sự tham gia của cộng đồng và xã hội dân sự



2.2 Người có viêm gan B, C đối mặt với nhiều thách thức trên hành trình chăm sóc



Bước quan trọng đầu tiên trên hành trình CS & ĐT VGB, C là tiếp cận được sàng lọc và được xác định mắc bệnh; tiếp đó là quá trình điều trị kéo dài nhiều tháng (đối với VGC), hoặc nhiều năm, thậm chí cả đời (đối với VGB).

Người có VGB/C có thể gặp nhiều thách thức trên từng chặng hành trình CS & ĐT bao gồm không tiếp cận được chẩn đoán, hoặc rời khỏi hành trình CS & ĐT tại bất cứ thời điểm nào. Các thách thức liên quan đến cá nhân người có VGB, C và cả nhân viên và hệ thống y tế.

Ví dụ:

Rào cản: Người dân và cộng đồng



- Thiếu hiểu biết về bệnh, không có động lực đi xét nghiệm và điều trị; ví dụ:
 - Hiểu không đúng về cách lây truyền.
 - Hiểu không đúng về diễn biến thầm lặng của bệnh và tầm quan trọng của điều trị sớm.
- Thiếu tin tưởng vào cơ sở y tế (CSYT) hoặc dịch vụ y tế tuyến dưới.
- Không có khả năng chi trả cho các xét nghiệm và điều trị.
- Tin vào điều trị thuốc lá, hoặc các biện pháp khác.
- Lo sợ bị kỳ thị và phân biệt đối xử từ nhân viên y tế (NVYT) hoặc cộng đồng.

Rào cản: Nhân viên/hệ thống y tế



- Không có các chương trình/ dịch vụ sàng lọc bệnh.
- Không sẵn có cơ sở điều trị viêm gan gần nơi cư trú; dịch vụ y tế không thuận tiện.
- NVYT thiếu thời gian hoặc kiến thức để tư vấn, chẩn đoán và điều trị đúng cho bệnh nhân. CSYT thiếu nguồn lực (xét nghiệm, thuốc) cho CS & ĐT viêm gan.
- CSYT cung cấp dịch vụ không được BHYT thanh toán, làm tăng chi phí điều trị cho người bệnh.
- Thái độ kỳ thị hoặc hành vi phân biệt đối xử của NVYT đối với người bệnh viêm gan.

Các rào cản và thách thức đối với CS & ĐT VGB, C cần được giải quyết hiệu quả thông qua giáo dục cộng đồng về VGB, C mạn tính; mở rộng sàng lọc VGB, C tại các CSYT và cộng đồng; mang dịch vụ viêm gan đến hệ thống y tế cơ sở, được BHYT chi trả, đảm bảo dịch vụ CS & ĐT viêm gan dễ dàng tiếp cận và chi phí hợp lý với người có nhu cầu.

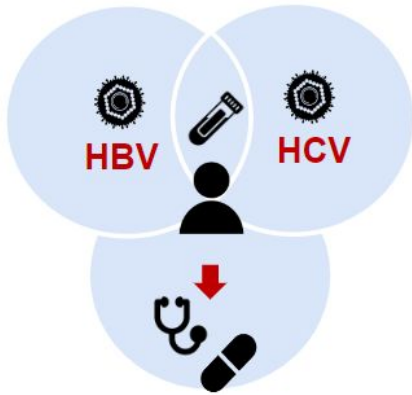


2.3 Cung cấp chăm sóc viêm gan B, C chất lượng cao, lấy người bệnh làm trung tâm

Người có VGB, C cần sự hỗ trợ từ gia đình, NVYT, hệ thống y tế, và cộng đồng trên mỗi bước hành trình CS & ĐT của mình.

WHO khuyến khích

hệ thống y tế tổ chức dịch vụ theo hướng lồng ghép và lấy người bệnh làm trung tâm.



Lồng ghép sàng lọc VGB, VGC vào các dịch vụ y tế sẵn có và kết nối với điều trị.



Cung cấp các dịch vụ thuận lợi và hiệu quả để người dân được sàng lọc và chẩn đoán bệnh sớm, trước khi tiến triển đến các biến chứng. Người dân tiếp cận được với điều trị VGB, C có chất lượng với chi phí hợp lý; được NVYT có kiến thức và kinh nghiệm phù hợp điều trị.



Phân tuyến điều trị: đưa dịch vụ đến gần hơn với cộng đồng.



Điều trị theo tình trạng bệnh: tuyến y tế cơ sở quản lý các ca bệnh nhẹ/đơn giản, tuyến cao hơn quản lý các ca bệnh nặng/phức tạp.



Cung cấp dịch vụ chăm sóc một cách thấu cảm, không kỳ thị để người bệnh cảm thấy được lắng nghe, tôn trọng.

Tư vấn đầy đủ để người bệnh có thể tin tưởng vào lời khuyên họ nhận được và chủ động tham gia vào quá trình điều trị.

Điều quan trọng nhất là người bệnh được khỏe mạnh!



3. SÀNG LỌC VÀ PHÒNG NGỪA VIÊM GAN B, C

Cách duy nhất để biết một người có mắc VGB hay không là **xét nghiệm máu** tìm HBsAg, và tìm anti-HCV đối với VGC. Các xét nghiệm này đều có tại các CSYT tuyến huyện.

Sàng lọc VGB, C cần được thực hiện cho tất cả **những người có nguy cơ** để phát hiện sớm tình trạng mắc. Tại Việt Nam, tất cả mọi người nên được sàng lọc VGB và một số nhóm cụ thể có nguy cơ phơi nhiễm cao hơn nên được sàng lọc VGC.

VGB, C **có thể phòng ngừa** hiệu quả bằng tiêm phòng (đối với VGB) và các biện pháp dự phòng lây truyền qua đường máu và đường tình dục.



3.1 Làm thế nào để biết một người có mắc viêm gan B hay không?

Xét nghiệm máu tìm kháng nguyên bề mặt của HBV (HBsAg) để phát hiện tình trạng nhiễm virus VGB.

- Người có HBsAg dương tính nghĩa là đang nhiễm virus VGB.
- Người có HBsAg âm tính có thể chưa mắc VGB, hoặc từng mắc VGB nhưng đã hồi phục.

Xét nghiệm kháng thể với HBsAg (anti-HBs) và kháng nguyên lõi HBV (anti-HBc) giúp xác định tình trạng miễn dịch của cơ thể đối với virus.

Xét nghiệm HBV DNA phản ánh mức độ nhân bản của virus trong cơ thể người nhiễm.

Phiên giải kết quả xét nghiệm HBV

HBs Ag	Anti-HBs	Anti-HBc	Tải lượng HBV	Phiên giải kết quả xét nghiệm
-	-	-		Chưa từng nhiễm , chưa có miễn dịch; cần tiêm phòng VGB
-	+	-		Không nhiễm , có kháng thể do tiêm phòng vaccine. Không cần can thiệp gì tiếp. Khuyến cáo tiêm liều vaccine VGB tăng cường nếu anti-HBs < 10 mIU/mL đối với người vẫn có nguy cơ phơi nhiễm với HBV.
-	+	+		Nhiễm HBV đã hồi phục nhờ hệ thống miễn dịch của chính người nhiễm.
+	-	+/-	+	Nhiễm HBV cấp hoặc mạn tính ; cần được kết nối với điều trị để đánh giá và quản lý.



3.2 Làm thế nào để biết một người có mắc viêm gan C hay không?

Cách duy nhất để biết một người có nhiễm HCV hay không là **XÉT NGHIỆM MÁU** tìm kháng thể anti-HCV.

Người có anti-HCV âm tính nghĩa là chưa từng phơi nhiễm (tiếp xúc) với HCV.

Người có anti-HCV dương tính có nghĩa là đã từng phơi nhiễm với virus, cần xét nghiệm HCV RNA.

Xét nghiệm HCV RNA phản ánh sự có mặt của virus trong máu người mắc.

Phiên giải kết quả xét nghiệm HCV		
Anti-HCV	HCV RNA	Phiên giải kết quả xét nghiệm
-		Chưa từng phơi nhiễm với HCV; cần tư vấn phòng lây nhiễm.
+	-	Đã phơi nhiễm với HCV và sạch virus do tự khỏi hoặc đã điều trị thành công; cần tư vấn tránh tái nhiễm HCV.
+	+	HCV có trong máu; cần điều trị kháng virus.



3.3 Ai cần được xét nghiệm viêm gan B, C?

Người cần được xét nghiệm	HBV	HCV
Người có biểu hiện và triệu chứng viêm gan hoặc tăng men gan	XN	XN
Gia đình có người mắc viêm gan, xơ gan hoặc ung thư gan	XN	XN
Người tiêm chích ma túy, nam QHTD đồng giới, người có nhiều bạn tình hoặc QHTD không an toàn	XN	XN
Vợ/chồng, hoặc bạn tình của người có viêm gan; con cái và anh chị em ruột trong gia đình người mắc VGB hoặc C	XN	XN
Người sinh trước năm 2003, hoặc chưa từng được tiêm vaccine VGB	XN	
Phụ nữ mang thai	XN	
Người xăm trổ hoặc có can thiệp xâm nhập không an toàn khác	XN	XN
Người được truyền máu và các chế phẩm từ máu	XN	XN

Do tỷ lệ mắc VGB trong cộng đồng cao, **TẤT CẢ MỌI NGƯỜI** nên được xét nghiệm VGB ít nhất một lần trong đời.

Bất kỳ ai cũng có thể tiếp cận được với sàng lọc nếu có yêu cầu; tuy nhiên, nên tập trung sàng lọc cho những người từ các nhóm có nguy cơ mắc cao, khi có cơ hội tiếp cận với họ.

Những người âm tính với VGB, C nhưng có các hành vi khiến cho họ có nguy cơ mắc cao (như có nhiều bạn tình, tiêm chích ma túy, chạy thận) có thể cần được xét nghiệm định kỳ để phát hiện tình trạng nhiễm virus.

Xét nghiệm phát hiện VGB, C sẵn có tại các bệnh viện huyện và các CSYT khác, rất dễ tiếp cận, chi phí hợp lý và mang lại lợi ích to lớn cho người bệnh và cộng đồng.

Xem [Chương II TƯ VẤN VÀ SÀNG LỌC VIÊM GAN B, C](#) để biết thêm thông tin chi



3.4 Dự phòng viêm gan B, C thế nào?

VGB có thể **DỰ PHÒNG** hiệu quả bằng **TIÊM PHÒNG VACCINE**. Vaccine tạo miễn dịch bảo vệ lâu dài đối với VGB nói chung.

Khuyến cáo tiêm phòng vaccine VGB:

- **Tất cả trẻ em trong độ tuổi tiêm chủng mở rộng, mũi đầu tiên được tiêm trong vòng 24h sau khi sinh.**
- Vị thành niên và người trưởng thành không mắc VGB nhưng chưa có miễn dịch với VGB. Nếu không đánh giá được tình trạng đã có miễn dịch hay chưa, tiêm phòng cho tất cả những người có kết quả HBsAg âm tính.

VGC chưa có vaccine dự phòng.

Các biện pháp dự phòng không đặc hiệu đối với VGB và VGC:

- Tránh các tiếp xúc với máu: không tiêm chích chung; không dùng chung bàn cạo râu, bàn chải răng; tránh các dịch vụ xăm trổ hoặc thẩm mỹ không an toàn.
- Sử dụng bao cao su khi QHTD với người có VGB, C hoặc không biết tình trạng bệnh.

Phòng ngừa VGB, C tại các CSYT:

- An toàn truyền máu: sàng lọc HBV, HCV cho tất cả các đơn vị máu truyền bằng các xét nghiệm có độ tin cậy cao, quản lý chất lượng sàng lọc máu.
- Áp dụng dự phòng phổ cập: coi máu và các dịch cơ thể đều có nguy cơ lây nhiễm các virus lây truyền qua đường máu và áp dụng các biện pháp dự phòng phù hợp – tiệt khuẩn dụng cụ xâm nhập, sử dụng các dụng cụ bảo vệ khi tiếp xúc với máu và dịch cơ thể.
- Tiêm phòng VGB cho NVYT.



4. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN B, C

Tất cả những người được phát hiện có HBsAg và/hoặc anti-HCV cần được chuyển gửi sớm nhất tới đơn vị điều trị viêm gan để chăm sóc và điều trị.

Hiện đã có các thuốc kháng virus hiệu quả để loại trừ hoàn toàn HCV và ức chế lâu dài HBV, phòng ngừa tiến triển đến xơ gan và ung thư gan.

Điều trị VGB, C hiện đã có tại bệnh viện huyện và **được thanh toán qua Bảo hiểm Y tế**, giúp người dân tiếp cận với điều trị thuận lợi hơn và chi phí hợp lý.



4.1 Viêm gan B điều trị như thế nào?

Điều quan trọng đầu tiên là tất cả những người được phát hiện có VGB (sàng lọc HBsAg dương tính) cần đến CSYT có dịch vụ điều trị viêm gan để khám và điều trị sớm nhất có thể. Trì hoãn điều trị có thể gây hậu quả nghiêm trọng về sức khỏe, thậm chí về tính mạng.

Mục đích điều trị thuốc kháng virus là ức chế HBV, ngăn ngừa tiến triển của xơ gan, ngăn ngừa ung thư gan. Điều trị thường kéo dài nhiều năm đến cả đời.

Các thuốc điều trị VGB phổ biến hiện nay là Tenofovir (TDF hoặc TAF), Entecavir (ETV); *an toàn, có hiệu quả ức chế virus cao.*

Không phải tất cả người nhiễm HBV sẽ cần điều trị thuốc kháng virus ngay lập tức, thậm chí hoàn toàn không cần. Những người có tình trạng viêm gan hoạt động và nồng độ virus cao trong máu, có xơ hóa gan tiến triển hoặc đã có các bệnh lý gan giai đoạn cuối là những người có chỉ định điều trị kháng virus và sẽ được hưởng lợi nhất từ điều trị.

Người mắc VGB đã có các bệnh lý gan tiến triển vẫn có thể đạt được ức chế virus, nhưng gan bị tổn thương nặng không thể hồi phục hoàn toàn.

Người chưa có chỉ định điều trị kháng virus vẫn cần theo dõi định kỳ 6-12 tháng/lần về tình trạng bệnh gan và nồng độ virus để đảm bảo điều trị kịp thời nếu bệnh tiến triển.

Xem Chương [3 phần 8. Chăm sóc và Điều trị viêm gan B mạn](#) để biết thêm thông tin chi tiết.



4.2 Viêm gan C điều trị như thế nào?

Tất cả người có anti-HCV dương tính cần đến CSYT có dịch vụ điều trị viêm gan để được đánh giá tình trạng hoạt động của HCV và chỉ định điều trị kháng virus.
Điều trị càng sớm, hiệu quả điều trị càng cao.

Điều trị kháng virus được chỉ định cho **tất cả** những người có **HCV RNA dương tính**; mục đích điều trị là loại trừ HCV (không còn HCV RNA trong cơ thể, còn gọi là đáp ứng virus học bền vững – SVR) hoặc chữa khỏi.

Thuốc kháng virus VGC được sử dụng phổ biến nhất hiện nay là các thuốc tác động trực tiếp lên virus, gọi tắt là thuốc DAA. Phác đồ điều trị thường có hai thuốc DAA uống hàng ngày trong 8-12 tuần (nếu chưa có xơ gan, hoặc có xơ gan nhưng còn bù) hoặc 24 tuần (nếu có xơ gan mất bù).

Các thuốc DAA có hiệu quả cao đối với VGC; tỷ lệ điều trị khỏi (đạt SVR) lên đến 99% nếu người mắc VGC điều trị đủ và đúng phác đồ. Người bệnh không còn virus trong cơ thể, giảm nguy cơ xơ gan và ung thư gan, giảm nguy cơ tử vong do tất cả các bệnh lý liên quan đến VGC mạn.

Người đã chữa khỏi VGC vẫn có nguy cơ tái nhiễm HCV nếu có hành vi phơi nhiễm với virus; cần tư vấn phòng ngừa và xét nghiệm HCV RNA định kỳ để phát hiện sớm và xử lý tình trạng tái nhiễm.

Xem Chương [3 phần 9. Chăm sóc và điều trị viêm gan C mạn](#) để biết thêm thông tin chi tiết.



4.3 Viêm gan B, C có thể được điều trị tại cơ sở y tế nào?



Điều trị VGB, C hiệu quả hiện đã có tại các CSYT tuyến huyện!

- Các CSYT tuyến huyện (các bệnh viện Đa khoa huyện tại Thái Bình và các trung tâm y tế tại Phú Thọ) đã thiết lập được các phòng khám có năng lực chẩn đoán và điều trị viêm gan theo tiêu chí của BHYT, bắt đầu cung cấp dịch vụ từ năm 2024-2025; có sự hỗ trợ chuyên môn liên tục của các CSYT cấp tỉnh, trung ương và Dự án*.
- Chi phí điều trị được bảo hiểm y tế (BHYT) chi trả theo quy định (**BHYT chi trả đến 100% kinh phí điều trị VGB. Thuốc DAAs điều trị VGC được BHYT chi trả đến 50%**).
- Mọi người dân có VGB, C đều có thể đến Bệnh viện Đa khoa tuyến huyện tại Thái Bình, hoặc các Trung tâm Y tế tại Phú Thọ để tiếp cận điều trị có chất lượng, thuận tiện, chi phí thấp.

*Dự án “Tăng cường sàng lọc, chẩn đoán, chăm sóc và điều trị bệnh viêm gan tại tuyến y tế cơ sở” có thời gian triển khai trong 4 năm (2022 – 2026) tại Thái Bình được UBND tỉnh Thái Bình phê duyệt và tiếp nhận theo Quyết định số 2249/QĐ-UBND ngày 07/10/2022, và triển khai trong 2 năm (2024 - 2026) tại Phú Thọ được UBND tỉnh Phú Thọ phê duyệt và tiếp nhận theo Quyết định số 1038/QĐ-UBND ngày 11/06/2024.

Mục đích của dự án là tăng cường cung cấp các dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán, chăm sóc và điều trị bệnh viêm gan tại tuyến y tế cơ sở. Mục tiêu cụ thể là thiết kế và thử nghiệm thành công một mô hình tốt để phân cấp dịch vụ phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị và chăm sóc bệnh viêm gan tại tuyến y tế cơ sở cho toàn thể cộng đồng dân cư.



5. VIÊM GAN B, C Ở MỘT SỐ QUẦN THỂ ĐẶC BIỆT

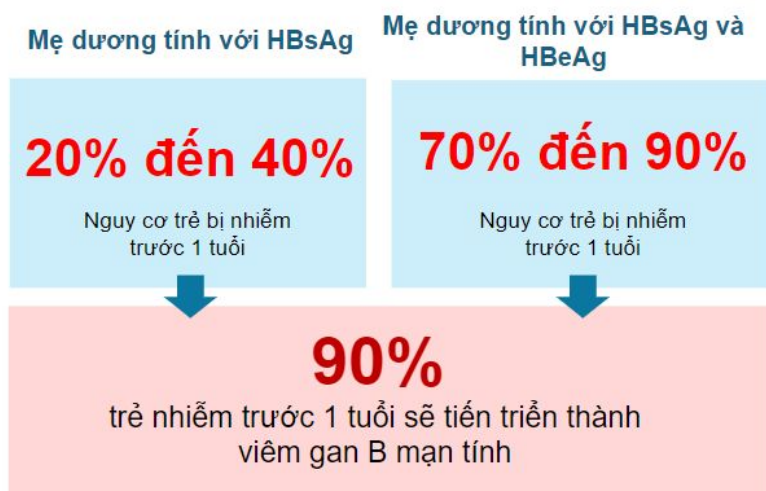
Tất cả phụ nữ mang thai cần được xét nghiệm phát hiện nhiễm virus VGB để dự phòng lây truyền cho con trong **MỖI LẦN** mang thai và thực hiện **SỚM NHẤT** có thể (trong 3 tháng thai đầu tiên).

Thuốc điều trị và vaccine phòng VGB an toàn cho phụ nữ mang thai và cho con bú.

Thuốc điều trị VGC chưa được khuyến cáo sử dụng trong thai kỳ nhưng nguy cơ lây truyền từ mẹ sang con thấp.

Người sống chung với HIV có nguy cơ mắc VGC cao hơn đáng kể so với cộng đồng dân cư chung. Đồng nhiễm HCV/HIV làm tăng nguy cơ bệnh lý gan tiến triển.

5.1 Nhiễm HBV và phụ nữ mang thai



Theo Chang. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2007;12:160.

Tất cả PNMT phải được xét nghiệm HBsAg trong MỖI LẦN mang thai; xét nghiệm sớm nhất có thể, tốt nhất là trong 3 tháng thai đầu tiên.

- **Mẹ có HBsAg dương tính** cần được đánh giá chỉ định điều trị thuốc kháng virus; bắt đầu thuốc kháng virus sớm nếu có chỉ định.
Trường hợp mẹ chưa có chỉ định điều trị thuốc kháng virus cho sức khỏe của bản thân nhưng có nồng độ virus cao > 200.000 bản sao/mL, người mẹ sẽ được điều trị thuốc kháng virus từ tuần thai 24-28 để dự phòng cho con. Hiệu quả dự phòng sẽ không tối ưu nếu người mẹ được phát hiện muộn và thời gian điều trị ngắn.
- **Mẹ xét nghiệm HBsAg âm tính** không có nguy cơ lây truyền HBV cho con; cần được tiêm phòng VGB nếu anti-HBs <10 mIU/mL. *Vaccine HBV không chứa virus và hoàn toàn an toàn cho PNMT và cho con bú.*

Tất cả trẻ sơ sinh cần tiêm phòng VGB trong vòng 24h sau sinh và tiêm đủ các mũi VGB theo chương trình tiêm chủng mở rộng. Ngoài ra, trẻ sinh từ mẹ có HBV cần tiêm ngay huyết thanh kháng HBV (HBIG) nếu mẹ không được điều trị dự phòng phù hợp.

Mẹ có HBV vẫn có thể cho con bú. HBV không lây truyền qua sữa mẹ. Trẻ sinh từ mẹ có VGB cần được xét nghiệm HBsAg và anti-HBs khi trẻ > 12 tháng tuổi để đánh giá tình trạng nhiễm HBV.

Xem Chương [III mục 8.13](#) để biết thêm thông tin chi tiết.



5.2 Nhiễm HCV và phụ nữ mang thai

Nguy cơ lây truyền HCV từ mẹ sang con thấp hơn so với VGB, khoảng 4-8%; nguy cơ cao hơn khi tải lượng HCV trong máu của mẹ cao. Mẹ đồng nhiễm HCV/HIV có nguy cơ lây truyền cho con cao hơn, lên đến 8-15%, nhất là khi mẹ không kiểm soát được HIV. Lây truyền xảy ra trong thời gian mang thai hoặc khi sinh, và hiện chưa có biện pháp dự phòng cho trẻ, không giống với HBV.

Điều trị VGC bằng các thuốc DAA hiện chưa được khuyến cáo thường quy cho PNMT do cần thêm dữ liệu về tính an toàn cho người phụ nữ và cho thai nhi.

Người phụ nữ có nguy cơ mắc VGC nên được xét nghiệm VGC và điều trị trước khi mang thai để được khỏe mạnh và phòng lây truyền cho con.

Phần lớn trẻ nhiễm HCV lúc sinh không có biểu hiện bệnh. *HCV không lây truyền qua sữa mẹ*; người mẹ vẫn có thể cho con bú.

Trẻ sinh ra từ mẹ có HCV nên được xét nghiệm xác định tình trạng HCV

- Trẻ < 18 tháng tuổi – xét nghiệm HCV RNA;
- Trẻ ≥ 18 tháng tuổi – xét nghiệm anti-HCV; nếu anti-HCV dương tính, xét nghiệm HCV RNA.

Trẻ mắc HCV có thể điều trị thuốc kháng virus khi đủ 3 tuổi trở lên.



5.3 Đồng nhiễm HBV, HCV ở người có HIV

Đồng nhiễm VGC và HIV có tỷ lệ cao, 2-4 trên 10 người có HIV (26-44%), vì có chung đường lây truyền với HIV. Tỷ lệ đồng mắc HBV ở người có HIV cao hơn so với quần thể dân số nói chung, khoảng 1 trên 10 người (13-14%).

VGB, C diễn biến nặng hơn ở người có HIV, nhất là những người có suy giảm miễn dịch ($CD4 < 200$ tế bào/mm³). Nguy cơ xơ gan và tử vong do bệnh lý gan cao ngay cả khi người có HIV được điều trị thuốc ARV nếu người đồng nhiễm HIV/HBV/HCV không được điều trị thuốc kháng HBV và/hoặc kháng HCV.

Tất cả người có HIV cần được xét nghiệm phát hiện HBV và HCV.

Phác đồ ARV ưu tiên hiện nay có TDF là thuốc điều trị VGB hiệu quả.

Người có HIV đồng nhiễm HCV có chỉ định điều trị HCV bằng thuốc DAA tương tự như những người không có HIV; tỷ lệ khỏi bệnh tương đương với những người không có HIV.



6. SỐNG KHỎE MẠNH VỚI VIÊM GAN B, C

Người có VGB hoặc VGC có thể sống mạnh khỏe nếu tuân thủ tốt với điều trị - theo dõi định kỳ, uống thuốc đầy đủ theo chỉ định nếu điều trị kháng virus; và duy trì lối sống lành mạnh để bảo vệ gan.

Những người trong gia đình của người có VGB, C và những người liên quan cần được xét nghiệm phát hiện VGB, C; tiêm phòng VGB nếu chưa có miễn dịch; và áp dụng các biện pháp dự phòng khác để tránh lây nhiễm.



6.1 Tư vấn sống khỏe mạnh cho người có viêm gan B, C

Tất cả người được xác định mắc VGB, C thông qua xét nghiệm nhanh cần đến CSYT để được khám và xét nghiệm sâu hơn, và điều trị nếu đủ điều kiện.

Điều trị thuốc kháng virus giúp người có VGB, C khỏe mạnh, khỏi được VGC và/hoặc ức chế virus VGB và ngăn ngừa hiệu quả các biến chứng lâu dài.

Người có VGB hoặc VGC cần tuân thủ hướng dẫn theo dõi và điều trị bệnh.



Theo dõi: Người có VGB cần duy trì tái khám thường xuyên tại CSYT, bao gồm những người đang điều trị kháng virus, những người chưa đủ điều kiện điều trị hoặc đã đạt tình trạng khỏi chức năng và dừng thuốc kháng virus. Người có VGC cần tái khám theo lịch điều trị kháng virus, và sau khi kết thúc điều trị, theo chỉ định của bác sĩ.



Điều trị: Người có VGB, C điều trị thuốc kháng virus phải uống thuốc đúng theo chỉ dẫn của bác sĩ. Người bệnh không nên tự ý dừng điều trị hoặc đổi sang các thuốc lá hay thuốc thay thế khác; viêm gan sẽ nặng lên nếu dừng thuốc kháng virus.

Người bệnh cần được tư vấn các vấn đề sau đây để bảo vệ gan:



- Chế độ dinh dưỡng lành mạnh (bao gồm cả giữ không bị thừa cân, béo phì).



- Không uống hoặc hạn chế tối đa việc uống rượu, bia.



- Thận trọng khi sử dụng các thuốc có thể gây độc cho gan (như các thuốc chống viêm acetaminophen, thuốc chống lao, thuốc chống co giật, thuốc đông y không được kiểm soát).



- Thông báo với bác sĩ về bệnh gan khi phải điều trị các bệnh khác (như điều trị ức chế miễn dịch, điều trị hóa chất, v.v...).



6.2 Tư vấn cho người viêm gan B, C bảo vệ người thân và cộng đồng

Chẩn đoán VGB, C có thể bất ngờ và gây lo lắng đối với nhiều người. Những người mới được chẩn đoán viêm gan nên được tư vấn sớm một số thông điệp chính sau đây.

- VGB, C **KHÔNG PHẢI** là bản án tử hình. Hiện có các loại thuốc an toàn và hiệu quả cao để điều trị cả hai loại virus này và giúp người mắc sống lâu, sống khỏe.
- Khi mới được chẩn đoán, đa số mọi người đều cảm thấy không có vấn đề gì về sức khỏe, nhưng đây là thời điểm quan trọng nhất để người mắc được đánh giá và điều trị trước khi gan bị phá hủy.
- Người có VGB, VGC cần được chăm sóc và hỗ trợ lâu dài, phải tuân thủ tốt điều trị và chế độ theo dõi để sống khỏe mạnh và giảm nguy cơ lây nhiễm cho người khác.
- Tuy không phải do lỗi của một cá nhân nào nhưng VGB, C dễ dàng lây trong gia đình – từ người nhiễm lây cho vợ/chồng qua QHTD, lây cho các thành viên khác qua việc dùng các vật dụng sắc nhọn nhiễm máu của người mắc viêm gan.
- Những người trong gia đình của người có VGB hoặc VGC cũng cần xét nghiệm và điều trị nếu mắc bệnh; hoặc tiêm phòng VGB nếu chưa mắc. Những người từ các nhóm nguy cơ cao đối với HCV (và HBV), ví dụ người tiêm chích, nam QHTD đồng giới, người mại dâm cần được sàng lọc phát hiện bệnh.
- Có thể phòng ngừa lây nhiễm bằng các biện pháp đơn giản bao gồm không dùng chung các dụng cụ có thể nhiễm máu như bàn cạo râu, bàn chải răng; sử dụng bao cao su khi QHTD nếu người có VGB, C chưa được điều trị.



6.3 Giải đáp một số hiểu lầm phổ biến về viêm gan B, C

HIỂU LẦM: Viêm gan B, C KHÔNG CẦN XÉT NGHIỆM NGAY nếu người bệnh không có triệu chứng

THỰC TẾ bệnh viêm gan KHÔNG THỂ CHỜ ĐỢI. Do tỉ lệ mắc VGB, C cao trong cộng đồng và nguy cơ tiến triển đến các bệnh lý gan nghiêm trọng, việc phát hiện sớm tình trạng nhiễm là rất quan trọng, ngay cả khi người bệnh không có triệu chứng. Nếu được xác định mắc viêm gan – người bệnh sẽ được chăm sóc và điều trị để sống khỏe mạnh; nếu không mắc bệnh – họ sẽ được tư vấn phòng bệnh bằng các biện pháp hiện có.

HIỂU LẦM: Người có viêm gan B, C không có triệu chứng KHÔNG CẦN điều trị NGAY

THỰC TẾ bệnh viêm gan KHÔNG THỂ CHỜ ĐỢI. Người đã được xác định có VGB, C có thể không có triệu chứng nhưng bệnh vẫn tiến triển; chỉ có các xét nghiệm và thăm dò về gan và tải lượng virus mới đánh giá đầy đủ mức độ nghiêm trọng của bệnh và chỉ định điều trị kháng virus phù hợp.

Trì hoãn điều trị VGB, C có thể khiến bệnh tiến triển nhanh và có khả năng dẫn đến các biến chứng nặng hơn. Ngay cả khi chưa có chỉ định điều trị thuốc kháng virus, người có VGB vẫn cần theo dõi định kỳ bằng các xét nghiệm và thăm dò cần thiết để đưa vào điều trị kịp thời khi bệnh tiến triển.

HIỂU LẦM: Viêm gan B, C là bệnh di truyền

THỰC TẾ VGB, C là các bệnh do virus, không liên quan đến các yếu tố di truyền. VGB có thể phòng ngừa hiệu quả cho con nếu mẹ được phát hiện có nhiễm virus sớm trong thời gian mang thai.

HIỂU LẦM: Viêm gan B, C lây qua ăn uống và sinh hoạt chung

THỰC TẾ HBV và HCV không lây qua tiếp xúc với các dụng cụ không nhiễm máu; không lây qua đường phân-miệng hoặc hô hấp. HBV, HCV không lây qua việc ăn uống chung hoặc dùng chung dụng cụ ăn uống. Các tiếp xúc thông thường trong sinh hoạt như sống chung nhà, hôn, ôm, v.v.. không làm lây nhiễm virus VGB, C.



6.3 Giải đáp một số hiểu lầm phổ biến về viêm gan B, C

HIỂU LẦM: Phụ nữ có VGB, C không nên cho con bú

THỰC TẾ HBV và HCV không lây truyền qua sữa mẹ; người phụ nữ có VGB hoặc VGC vẫn có thể cho con bú. Chưa có đủ thông tin về nguy cơ lây truyền cho con nếu người mẹ bị nứt núm vú và chảy máu; người phụ nữ tốt nhất nên ngừng cho con bú nếu có tình trạng trên và cho con bú lại khi vết thương liền.

HIỂU LẦM: Không cần uống thuốc đúng theo lịch khi điều trị VGB, C

THỰC TẾ việc uống thuốc đúng ngày, giờ theo đơn của bác sĩ là rất cần thiết khi điều trị thuốc kháng virus HBV hoặc HCV. Bỏ thuốc hoặc uống thuốc không đúng giờ, không đúng liều sẽ làm giảm hiệu quả của điều trị và khiến bệnh tiếp tục tiến triển.

HIỂU LẦM: Thuốc nam có thể chữa được viêm gan

THỰC TẾ chỉ có thuốc kháng virus mới có tác dụng loại trừ (đối với HCV) hoặc ức chế được virus (đối với HBV). Người có VGB hoặc VGC tuyệt đối không được bỏ thuốc kháng virus để dùng thuốc nam hoặc thuốc dân gian. Thuốc nam không phải là thuốc kháng virus và không thể chữa khỏi VGB/C. Dùng thuốc kháng virus VGB có thể gây đợt bùng phát viêm gan. Ngoài ra, các thuốc nam chưa được kiểm chứng có thể chứa các chất gây độc đối với gan hoặc bị pha trộn các thuốc chống viêm không có lợi cho gan; hoặc nếu bảo quản không đúng cách có thể bị nấm mốc chứa độc tố aflatoxin rất độc cho gan.

HIỂU LẦM: Điều trị VGB, C ở người có HIV không hiệu quả

THỰC TẾ người có HCV đồng nhiễm HIV vẫn đáp ứng tốt với điều trị VGC, tương tự như người không có HIV. Phác đồ ARV ưu tiên trong điều trị HIV có thuốc TDF có tác dụng điều trị đối với cả HBV; người đồng nhiễm HBV/HIV được điều trị đồng thời cả hai bệnh một lúc.



CHƯƠNG II

TỰ VẤN VÀ SÀNG LỌC VIÊM GAN B, C

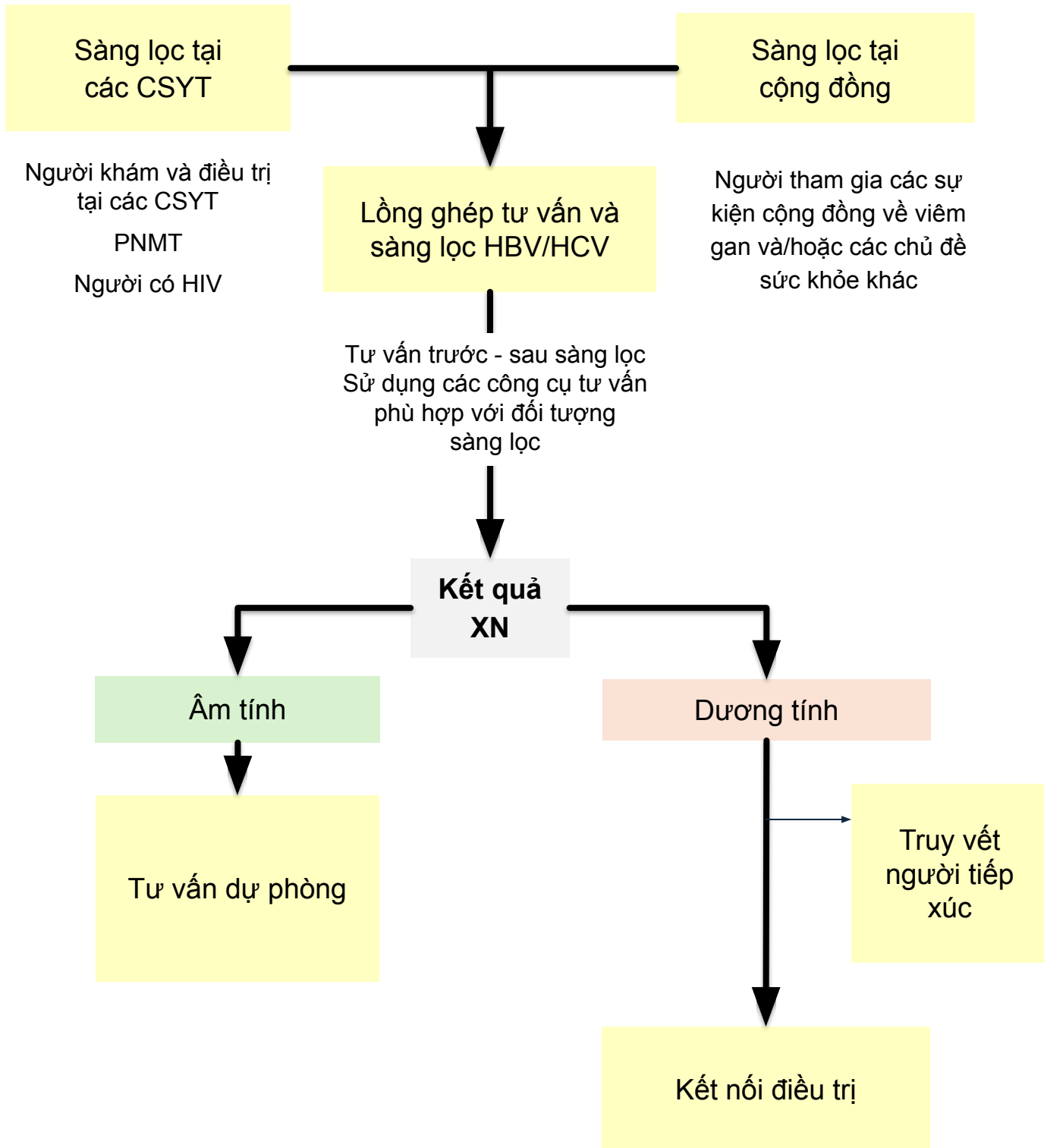
7. TƯ VẤN VÀ SÀNG LỌC VIÊM GAN B, C

Cần lồng ghép việc cung cấp tư vấn và xét nghiệm VGB, C cho những người đến khám tại các CSYT hoặc cộng đồng nói chung để tối đa hóa việc phát hiện và quản lý kịp thời các ca mắc.

Hầu hết các CSYT đều sàng lọc viêm gan; cần sử dụng dịch vụ một cách hiệu quả.

Những người có kết quả sàng lọc dương tính với HBV/HCV cần được kết nối với dịch vụ chăm sóc và điều trị viêm gan hiện có tại các bệnh viện tuyến huyện.

7.1 Sàng lọc viêm gan B, C tại các cơ sở y tế và cộng đồng



7.2 Tư vấn và xét nghiệm sàng lọc viêm gan B, C – Các nguyên tắc

Nguyên tắc chung

Lồng ghép tư vấn xét nghiệm phát hiện và chẩn đoán HBV/HCV khi người bệnh/khách hàng khám và điều trị tại các CSYT hoặc tại các sự kiện cộng đồng có sàng lọc HBV/HCV, nhằm tăng cường phát hiện nhiễm HBV/HCV cho người dân tại cộng đồng.

Cung cấp tư vấn trước và sau xét nghiệm; sử dụng thông tin trong phần Kiến thức cơ bản về Viêm gan B, C; áp dụng tiếp cận lấy người bệnh làm trung tâm.

Người có kết quả xét nghiệm HBsAg và/hoặc anti-HCV dương tính cần được tư vấn và kết nối điều trị VGB, C tại cơ sở hoặc chuyển gửi đến cơ sở có chẩn đoán và điều trị VGB, C.

Người có kết quả xét nghiệm HBsAg và/hoặc anti-HCV âm tính cần được tư vấn phòng lây nhiễm HBV/HCV, bao gồm tiêm vaccine VGB nếu chưa có miễn dịch.



7.2 Tư vấn và xét nghiệm sàng lọc viêm gan B, C – Các nguyên tắc

Tư vấn và xét nghiệm cho PNMT

Tất cả PNMT cần được xét nghiệm sàng lọc HBV trong lần khám thai đầu tiên hoặc càng sớm càng tốt trong thời gian mang thai (nên xét nghiệm đồng thời HBV, HIV và giang mai).

Nếu PNMT không được xét nghiệm sàng lọc HBV trong thời gian mang thai thì cần được xét nghiệm trước khi chuyển dạ. Không xét nghiệm lại nếu PNMT đã biết tình trạng nhiễm HBV từ lần xét nghiệm trước trong thai kỳ hiện tại; chỉ xét nghiệm lại khi PNMT có kết quả xét nghiệm âm tính trước 3 tháng và nghi ngờ có nguy cơ cao nhiễm HBV.

Tất cả trẻ sơ sinh cần được tiêm phòng vaccine VGB trong vòng 24 giờ đầu sau sinh kể cả trẻ sinh ra từ mẹ không nhiễm hoặc không rõ tình trạng nhiễm virus VGB.

Tư vấn và xét nghiệm cho người có HIV

Tất cả người có HIV cần được xét nghiệm xác định tình trạng đồng nhiễm HBV và HCV.

Người có HIV xét nghiệm anti-HCV âm tính nhưng có nguy cơ phơi nhiễm tiếp diễn với HCV cần được xét nghiệm anti-HCV mỗi năm một lần.



7.3 Tư vấn trước xét nghiệm

Chủ đề	Thông tin chung về nhiễm HBV và HCV
Viêm gan là gì	Nhiễm HBV/HCV là gì, tính chất thầm lặng, không triệu chứng của VGB, C mạn; nguy cơ tiến triển đến xơ gan, ung thư gan và tử vong.
Nguy cơ mắc viêm gan	Nguy cơ lây nhiễm HBV, HCV; tính phổ biến và các nhóm bị ảnh hưởng.
Lợi ích của việc biết tình trạng nhiễm	Lợi ích của việc biết được tình trạng nhiễm HBV/HCV; cơ hội tiếp cận điều trị HBV/HCV hiệu quả nếu xác định tình trạng nhiễm.
Chi phí và nguồn chi trả	Chi phí và nguồn chi trả cho xét nghiệm phát hiện HBV/HCV.
Quyết định xét nghiệm	Người bệnh/khách hàng được cung cấp đầy đủ thông tin và tự quyết định về việc chấp nhận hoặc từ chối xét nghiệm.



7.3 Tư vấn trước xét nghiệm

Chủ đề	Thông tin chi tiết đối với PNMT
Tính phổ biến của nhiễm HBV	Nhiễm HBV khá phổ biến trong cộng đồng và cả ở PNMT tại Việt Nam.
Nguy cơ lây truyền HBV từ mẹ sang con	Nguy cơ lây truyền HBV từ mẹ mắc HBV sang con; trẻ nhiễm HBV có nguy cơ trở thành mạn tính và bị bệnh gan tiến triển.
Lợi ích của việc biết tình trạng nhiễm	Lợi ích của việc xét nghiệm phát hiện sớm và các can thiệp có hiệu quả để ngăn ngừa lây truyền HBV cho con.
Tiếp tục tư vấn nếu PNMT không đồng ý làm xét nghiệm	Nếu người phụ nữ chưa chấp thuận xét nghiệm, tiếp tục tư vấn vào những lần khám thai tiếp theo.



7.3 Tư vấn trước xét nghiệm

Chủ đề	Thông tin chi tiết đối với người có HIV
Tính phổ biến của nhiễm HBV và HCV ở người có HIV	Nhiễm HBV, HCV có chung đường lây truyền với HIV; người có HIV có nguy cơ cao nhiễm HCV và HBV.
Nguy cơ đồng nhiễm HBV và HCV	Người có HIV đồng nhiễm HBV/HCV có nguy cơ viêm gan mạn, xơ gan, ung thư gan cao hơn so với người không có HIV; nguy cơ độc tính gan/viêm gan phục hồi miễn dịch khi bắt đầu điều trị ARV.
Lợi ích của việc biết tình trạng nhiễm	Lợi ích của việc xét nghiệm phát hiện tình trạng đồng nhiễm HBV/HCV: lựa chọn phác đồ ARV có tác dụng với HBV, cơ hội tiếp cận điều trị HCV.



7.4 Tư vấn sau xét nghiệm và kết nối điều trị

Người bệnh/khách hàng có kết quả xét nghiệm HBsAg và/hoặc anti-HCV âm tính

Tư vấn chung	<ul style="list-style-type: none">• Giải thích ý nghĩa của kết quả xét nghiệm: hiện tại không nhiễm HBV và/hoặc HCV; nếu có thể, tiếp tục xét nghiệm anti-HBs và anti-HBc để đánh giá tình trạng miễn dịch với HBV.• Tư vấn tiêm phòng HBV nếu chưa có miễn dịch.• Tư vấn phòng ngừa lây nhiễm HBV và HCV: tình dục an toàn, phòng ngừa lây nhiễm qua đường máu.
Đối với PNMT	<ul style="list-style-type: none">• Người phụ nữ không có HBV không có nguy cơ lây truyền cho con.• Tư vấn tiêm phòng HBV nếu người phụ nữ chưa có miễn dịch, tiêm ngay trong thời gian mang thai (vaccine an toàn cho PNMT và con).• Tư vấn các biện pháp phòng ngừa lây nhiễm HBV.
Đối với người có HIV	<ul style="list-style-type: none">• Giải thích ý nghĩa của kết quả xét nghiệm: người có HIV hiện tại không nhiễm HBV và/hoặc HCV; nếu có thể, tiếp tục xét nghiệm anti-HBs và anti-HBc để đánh giá tình trạng miễn dịch với HBV.• Tư vấn tiêm phòng HBV nếu chưa có miễn dịch• Tư vấn phòng ngừa lây nhiễm HBV và HCV: an toàn tình dục, phòng lây nhiễm qua đường máu.



7.4 Tư vấn sau xét nghiệm và kết nối điều trị

Người bệnh/khách hàng có kết quả xét nghiệm HBsAg và/hoặc anti-HCV dương tính

Tư vấn chung và kết nối điều trị viêm gan

- Giải thích ý nghĩa của kết quả xét nghiệm dương tính với HBV/HCV.
- Tư vấn về nhu cầu chuyển gửi đến dịch vụ viêm gan để được đánh giá sâu hơn và điều trị kháng virus.
- Đánh giá ban đầu về tình trạng viêm gan và xét nghiệm virus trước khi chuyển gửi nếu phù hợp.
- Tư vấn về nguy cơ nhiễm HBV/HCV của những người trong gia đình, bạn tình, bạn chích; khuyến khích giới thiệu những người này thực hiện xét nghiệm phát hiện tình trạng nhiễm HBV/HCV.
- Chuyển gửi người bệnh/khách hàng đến dịch vụ điều trị viêm gan tại cơ sở hoặc đến cơ sở khác (nếu chưa có dịch vụ điều trị viêm gan tại chỗ); cung cấp bản sao các kết quả xét nghiệm HBV/HCV và các kết quả đánh giá khác cho người bệnh và hướng dẫn về chuyển gửi.



7.4 Tư vấn sau xét nghiệm và kết nối điều trị

Người bệnh/khách hàng có kết quả xét nghiệm HBsAg và/hoặc anti-HCV dương tính

Tư vấn và chuyển gửi đối với PNMT

- Giải thích ý nghĩa của kết quả xét nghiệm và nguy cơ lây truyền cho con.
- Tư vấn về sự cần thiết của việc tiêm vaccine VGB cho con trong vòng 24 giờ sau khi sinh, đồng thời với tiêm kháng huyết thanh viêm gan B (Globulin miễn dịch viêm gan B) nếu cần thiết.
- Tư vấn và chuyển gửi PNMT đến phòng khám viêm gan để điều trị kháng virus và/hoặc điều trị dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con.

Tư vấn và quản lý người có HIV đồng nhiễm HBV/HCV

- Tư vấn nguy cơ đồng nhiễm HBV/HCV.
- Đánh giá tình trạng viêm gan và điều kiện điều trị kháng virus cho HCV.
- Đảm bảo người có HIV đồng nhiễm HBV được điều trị phác đồ ARV có thuốc TDF.
- Điều trị DAAs nếu người bệnh đồng nhiễm HCV đủ điều kiện điều trị kháng virus.



CHƯƠNG III

CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN B, C MẠN TÍNH

8. CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN B MẠN TÍNH

Tất cả người nhiễm HBV cần được đánh giá giai đoạn bệnh gan và hoạt động của HBV để xét tiêu chí điều trị bằng thuốc kháng virus.

Những người đang dùng thuốc kháng virus HBV cần tuân thủ chế độ uống thuốc và lịch theo dõi để có kết quả điều trị tốt nhất.

Những người nhiễm HBV chưa có chỉ định thuốc kháng virus cần được theo dõi để điều trị thuốc kháng virus kịp thời khi đủ điều kiện.

Tất cả PNMT nhiễm HBV cần được đánh giá chỉ định điều trị kháng virus; được điều trị hoặc dự phòng lây truyền HBV sang con phù hợp với tình trạng bệnh.

8.1 Quy trình quản lý viêm gan B mạn tính

Đánh giá chỉ định điều trị kháng virus

1. Đánh giá tình trạng bệnh gan và hoạt động của HBV

1.1. Đánh giá lâm sàng

- Tiền sử liên quan đến bệnh gan
- Triệu chứng và dấu hiệu xơ gan
- Các bệnh lý kèm theo

1.2. Các xét nghiệm

- Chức năng gan
- Chức năng thận

1.3. Chẩn đoán hình ảnh, giai đoạn bệnh

- Sàng lọc ung thư gan (HCC)
- Giai đoạn xơ hóa gan/xơ gan

1.4. Đánh giá mức độ hoạt động của HBV và tình trạng đồng nhiễm

- Mức độ hoạt động của HBV
- Tình trạng đồng nhiễm HCV, HIV, HDV

2. Chỉ định điều trị kháng virus và Tư vấn

2.1. Chỉ định thuốc kháng virus Nucleos(t)ide

2.2. Tư vấn về điều trị và dự phòng lây truyền

Theo dõi trong quá trình chăm sóc - điều trị

1. Tái khám theo lịch cho tất cả người nhiễm HBV

- Người đang điều trị kháng virus
- Người chưa đủ điều kiện điều trị kháng virus
- Người đã dừng điều trị kháng virus

2. Đánh giá đáp ứng điều trị và/hoặc tiến triển của bệnh

- Theo dõi tuân thủ điều trị tại mỗi lần tái khám nếu đang điều trị kháng virus.
- Theo dõi chức năng gan và tải lượng HBV DNA
- Theo dõi chức năng thận (creatinine/CrCl)
- Sàng lọc xơ gan và HCC
- Tư vấn về tiến triển bệnh và duy trì tuân thủ điều trị



8.2 Đánh giá tình trạng bệnh gan và mức độ hoạt động của HBV

Đánh giá lâm sàng	Các xét nghiệm	Chẩn đoán hình ảnh, giai đoạn bệnh	Đánh giá hoạt động của HBV và tình trạng đồng nhiễm
<ul style="list-style-type: none"> - Triệu chứng/dấu hiệu của viêm gan và xơ gan - Tiền sử xơ gan và ung thư gan trong gia đình - Tình trạng sử dụng rượu bia - Tình trạng mang thai - Các bệnh lý kèm theo 	<ul style="list-style-type: none"> - Công thức máu toàn phần - AST/ALT* - Chức năng gan# <ul style="list-style-type: none"> • Bilirubin toàn phần • Albumin • INR - Creatinine, tính mức lọc cầu thận CrCl 	<ul style="list-style-type: none"> - Siêu âm bụng - Fibroscan gan (nếu có) - Tính APRI - Phân loại Child-Pugh (đối với người bệnh xơ gan) 	<ul style="list-style-type: none"> - HBeAg - Định lượng HBV DNA (Real-time PCR) - Anti-HCV - Anti-HIV - Anti-HDV nếu có

* AST/ALT (sử dụng ULN 35 U/L đối với nam và 25 U/L đối với nữ).

#Nếu người bệnh được chẩn đoán xơ gan với các tiêu chí lâm sàng hoặc các đánh giá không xâm lấn, hoặc có biểu hiện và dấu hiệu viêm gan.



8.3 Tiêu chí điều trị thuốc kháng virus đối với viêm gan B mạn

Xơ gan còn bù hoặc mất bù (đánh giá lâm sàng, hoặc F4 theo độ xơ gan, hoặc điểm APRI ≥ 2)

Điều trị khi tải lượng HBV DNA trên ngưỡng, không phụ thuộc nồng độ ALT và tình trạng HBeAg.

Không xơ gan (APRI < 2)

Điều trị thuốc kháng virus khi người có VGB đáp ứng CẢ 2 tiêu chuẩn:

1. Tổn thương tế bào gan

AST, ALT > 2 lần ULN và/hoặc

Xơ hóa gan F2 trở lên

2. Vi rút đang tăng sinh

HBV DNA ≥ 20.000 IU/mL ($\geq 10^5$ bản sao/mL) nếu HBeAg dương tính

HBV DNA ≥ 2.000 IU/mL ($\geq 10^4$ bản sao/mL) nếu HBeAg âm tính

Đối với các trường hợp CHƯA đáp ứng hai tiêu chuẩn trên, chỉ định điều trị khi có một trong các tiêu chuẩn sau:

- Trên 30 tuổi với mức ALT cao hơn ULN kéo dài (ghi nhận ít nhất 3 lần trong khoảng 24 - 48 tuần) và HBV DNA > 20.000 IU/ml, bất kể tình trạng HBeAg.
- Tiền sử gia đình có HCC hoặc xơ gan
- Có các biểu hiện ngoài gan như viêm cầu thận, viêm đa khớp, cryoglobulin máu, viêm đa nút động mạch, v.v...
- Tái phát sau khi ngưng điều trị thuốc kháng HBV



8.4 Điều trị thuốc kháng virus trong viêm gan B mạn

Thuốc NA	Chỉ định	Thời gian điều trị
TDF (tenofovir disoproxil fumarate)	Người lớn và trẻ em	<ul style="list-style-type: none">Xơ gan hoặc HCC: điều trị suốt đờiKhông xơ gan hoặc HCC: Điều trị lâu dài, thường suốt đời; tiêu chí ngừng điều trị và tái điều trị - Xem mục 8.10.
ETV (entecavir)	Người có loãng xương hoặc rối loạn chức năng thận; trẻ em và vị thành niên không dùng được TDF	
TAF (tenofovir alafenamide)		

Liều thuốc NAs, các tác dụng phụ: xem [Phụ lục 3](#).
Điều chỉnh liều TDF theo mức lọc cầu thận: xem [Phụ lục 4](#).

8.5 Phân tuyến điều trị viêm gan B mạn theo tình trạng bệnh

Điều trị tại tuyến huyện

- Không có xơ gan, hoặc
- Xơ gan còn bù (Child-Pugh nhóm A)

Chuyển tuyến tỉnh và chuyên khoa

- Xơ gan mất bù (Child-Pugh nhóm B, C)
- Ung thư gan
- Điều trị hóa chất hoặc thuốc ức chế miễn dịch

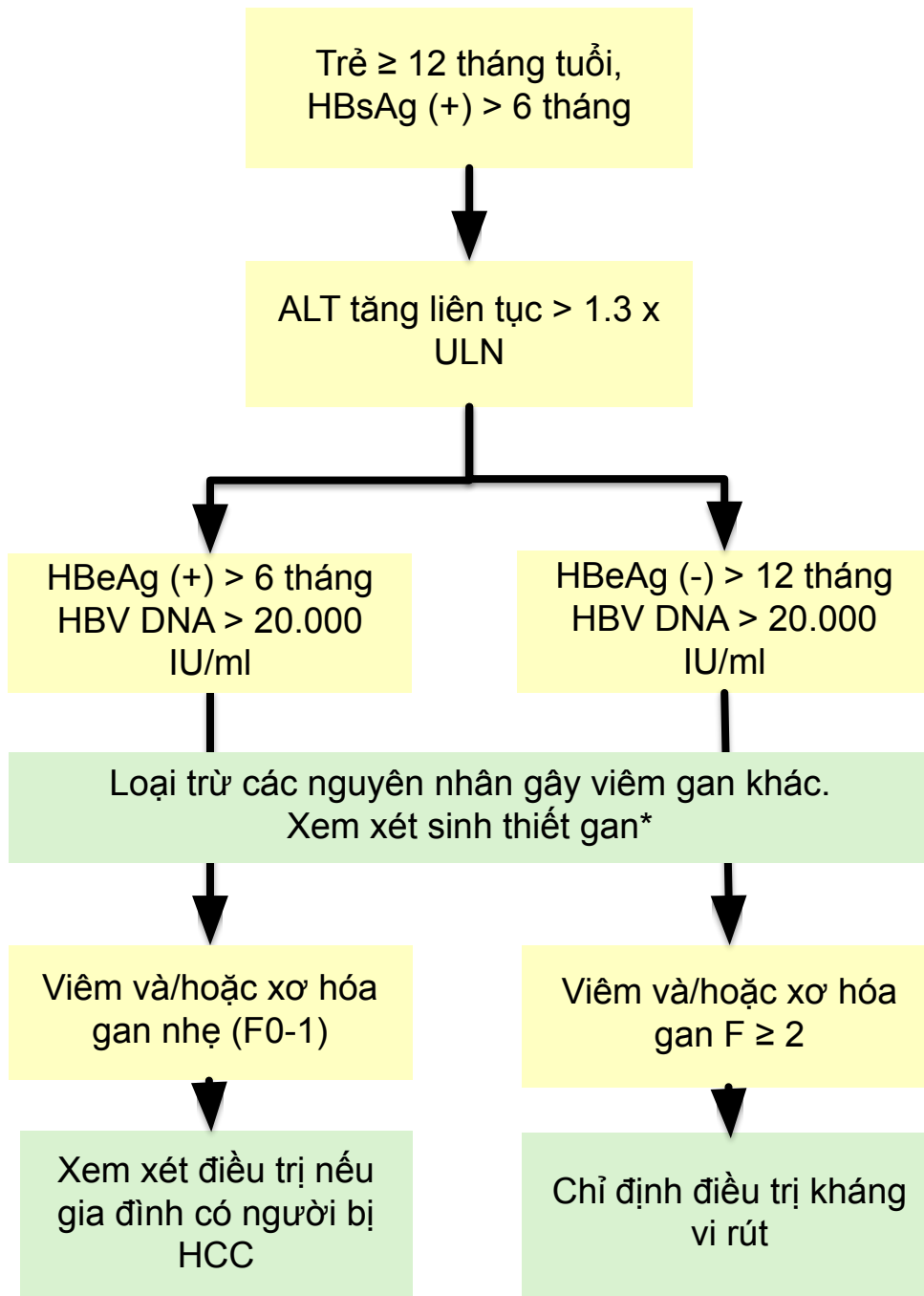


8.6 Điều trị viêm gan B ở một số nhóm đối tượng đặc biệt

Nhóm	Điều trị
Đồng nhiễm HBV/HIV	<ul style="list-style-type: none">• Điều trị cho tất cả người đồng nhiễm HBV/HIV bằng thuốc TDF trong phác đồ kháng HIV (thuốc ARV); duy trì TDF nếu thay đổi phác đồ ARV hoặc lựa chọn một thuốc kháng HBV khác nếu không dùng được TDF.• Không điều trị HBV đơn độc bằng một thuốc nucleos(t)ide mà không điều trị HIV bằng một phác đồ thuốc kháng HIV (thuốc ARV) đầy đủ.
Đồng nhiễm HBV/HCV	<p>Đánh giá tình trạng VGC và điều trị theo Phần 9. Chăm sóc và điều trị viêm gan C mạn tính.</p> <ul style="list-style-type: none">• Điều trị thuốc kháng HBV ngay nếu có đủ tiêu chí điều trị theo mục 8.3.• Đồng nhiễm HBV chưa điều trị có thể bùng phát trong quá trình điều trị VGC.• Cần theo dõi chặt chẽ AST, ALT và tải lượng HBV DNA mỗi 4-8 tuần và 12 tuần sau khi ngừng thuốc DAA.• Khởi động điều trị kháng HBV khi tải lượng HBV tăng hơn 10 lần hoặc HBV DNA > 1000 IU/mL nếu trước đó không xác định được.
Đồng nhiễm HBV/HDV	<ul style="list-style-type: none">• Điều trị thuốc kháng HBV nếu tải lượng HBV cao• Chuyển tuyến trên điều trị HDV theo chỉ định.
Nhiễm HBV ở người điều trị ức chế miễn dịch, hóa trị liệu	<ul style="list-style-type: none">• Điều trị dự phòng bằng thuốc kháng HBV, khởi đầu càng sớm càng tốt, trước 2 tuần hoặc ít nhất là cùng lúc với các thuốc ức chế miễn dịch, hóa trị;• Tiếp tục 6-12 tháng sau khi ngừng thuốc ức chế miễn dịch hoặc hóa trị liệu.



8.7 Tiêu chuẩn điều trị viêm gan B ở trẻ em



* Nếu không sinh thiết được thì phải hội chẩn để quyết định điều trị kháng vi rút

Liều thuốc kháng virus nucleoside/nucleotide cho trẻ em – xem [Phụ lục 3](#).



8.8 Theo dõi người có HBV điều trị kháng virus

Khám & Xét nghiệm	Năm đầu tiên điều trị kháng virus		Năm thứ hai trở đi và tình trạng ổn định ^b
	Tuần 4 -12	Tuần 12 – 48 ^b	
Khám lâm sàng^a	4 tuần một lần; khám thường xuyên hơn nếu bệnh nặng	12 tuần một lần	12 tuần một lần
Chức năng gan^c	4 tuần một lần; XN thường xuyên hơn nếu bệnh nặng	12 tuần một lần	24-48 tuần một lần
Creatinin huyết thanh	12-24 tuần một lần, theo tình trạng bệnh thận		24-48 tuần một lần
Sàng lọc ung thư gan	12-24 tuần một lần		24-48 tuần một lần
Đánh giá tình trạng xơ hóa gan	12-24 tuần một lần		24-48 tuần một lần
HBeAg^d	Tuần 12 ^d	12-24 tuần một lần ^d	24-48 tuần một lần ^d
Anti-HBe^e	Tuần 12 ^e	12-24 tuần một lần ^e	24-48 tuần một lần ^e
HBV DNA	Tuần 12	Tuần 24, 48	24-48 tuần một lần ^f
HBsAg (định lượng hoặc định tính)^f		Tuần 24, 48 ^g	24-48 tuần một lần ^g

Lưu ý:

a Theo dõi tuân thủ thuốc kháng virus và các biểu hiện lâm sàng, triệu chứng

b Tình trạng ổn định: không có triệu chứng lâm sàng; AST, ALT < 2 lần UNL và có đáp ứng virus ban đầu

c Xét nghiệm bilirubin, albumin, PT/INR - khi có biểu hiện bệnh lý gan hoặc xơ gan

d Xét nghiệm nếu HBeAg trước đó dương tính

e Xét nghiệm khi HBeAg âm tính

f Xét nghiệm định kỳ 24-48 tuần một lần, hoặc khi ALT tăng không rõ nguyên nhân

g Xét nghiệm khi HBV ADN dưới ngưỡng và HBeAg âm tính



8.9 Theo dõi người có HBV chưa điều trị thuốc kháng virus

Khám & Xét nghiệm	Tần suất
Khám lâm sàng	3-6 tháng một lần
Chức năng gan	3-6 tháng một lần Bilirubin, albumin, PT/INR – khi có biểu hiện bệnh lý gan hoặc xơ gan
Sàng lọc ung thư gan	3-6 tháng một lần
Đánh giá tình trạng xơ hóa gan	6-12 tháng một lần
HBeAg	6-12 tháng một lần
Anti-HBe	6 tháng một lần (khi HBeAg âm tính)
HBV DNA	6 tháng một lần
HBsAg (định lượng hoặc định tính)	6-12 tháng một lần khi HBV DNA dưới ngưỡng và HBeAg âm tính

Chỉ định điều trị kháng virus ngay khi tình trạng lâm sàng thay đổi (tăng HBV ADN, ALT, chỉ số APRI hoặc điểm fibroscan), đáp ứng tiêu chí điều trị thuốc kháng virus ([mục 8.3](#)).



8.10 Dừng và Tái điều trị VGB bằng thuốc tương tự nucleos(t)ide

Điều trị kháng virus NA suốt đời

Tất cả người VGB có xơ gan trên lâm sàng (hoặc theo chỉ số APRI hoặc siêu âm đo độ đàn hồi gan) cần điều trị suốt đời với các thuốc tương tự nucleos(t)ide; **KHÔNG DỪNG** điều trị do nguy cơ tái hoạt virus gây bùng phát viêm gan.

Dừng điều trị thuốc NAs

Người không có bằng chứng xơ gan trên lâm sàng (hoặc có khả năng xơ gan theo chỉ số APRI hoặc siêu âm đo độ đàn hồi gan);

VÀ

Có thể theo dõi được một cách chặt chẽ sau khi ngừng thuốc để đánh giá tình trạng tái hoạt virus;

VÀ

Có bằng chứng mất HBeAg và chuyển tính huyết thanh anti-HBe dương tính (đối với những người ban đầu có HBeAg dương tính) và đã hoàn thành điều trị thuốc NA thêm một năm;

VÀ

ALT liên tục ở mức bình thường và HBV DNA duy trì dưới ngưỡng phát hiện (nếu được xét nghiệm HBV DNA)

- Nếu không xét nghiệm được HBV DNA: cân nhắc dừng thuốc NA khi mất HBsAg (HBsAg chuyển âm tính) duy trì và được điều trị thuốc NA thêm một năm sau đó, không phụ thuộc vào tình trạng HBeAg trước đó.

Tái điều trị

Tái phát bệnh khá phổ biến sau khi dừng thuốc NA. Điều trị lại thuốc kháng virus nếu có các biểu hiện của tình trạng tái hoạt: HBsAg hoặc HBeAg dương tính trở lại, ALT tăng, hoặc HBV DNA dương tính trở lại.



8.11 Theo dõi người có HBV đã ngừng điều trị kháng virus

Khám & Xét nghiệm	Năm đầu tiên	Năm thứ hai trở đi
Khám lâm sàng	12 tuần một lần	12-24 tuần một lần
Chức năng gan	12 tuần một lần	12-24 tuần một lần
Sàng lọc ung thư gan	12-24 tuần một lần	12-24 tuần một lần
Đánh giá tình trạng xơ hóa gan	12-24 tuần một lần	12-24 tuần một lần
Định lượng HBV DNA	12 tuần một lần	24-48 tuần một lần

Tái điều trị thuốc kháng virus khi có các biểu hiện của tình trạng HBV tái hoạt ([mục 8.10](#)).



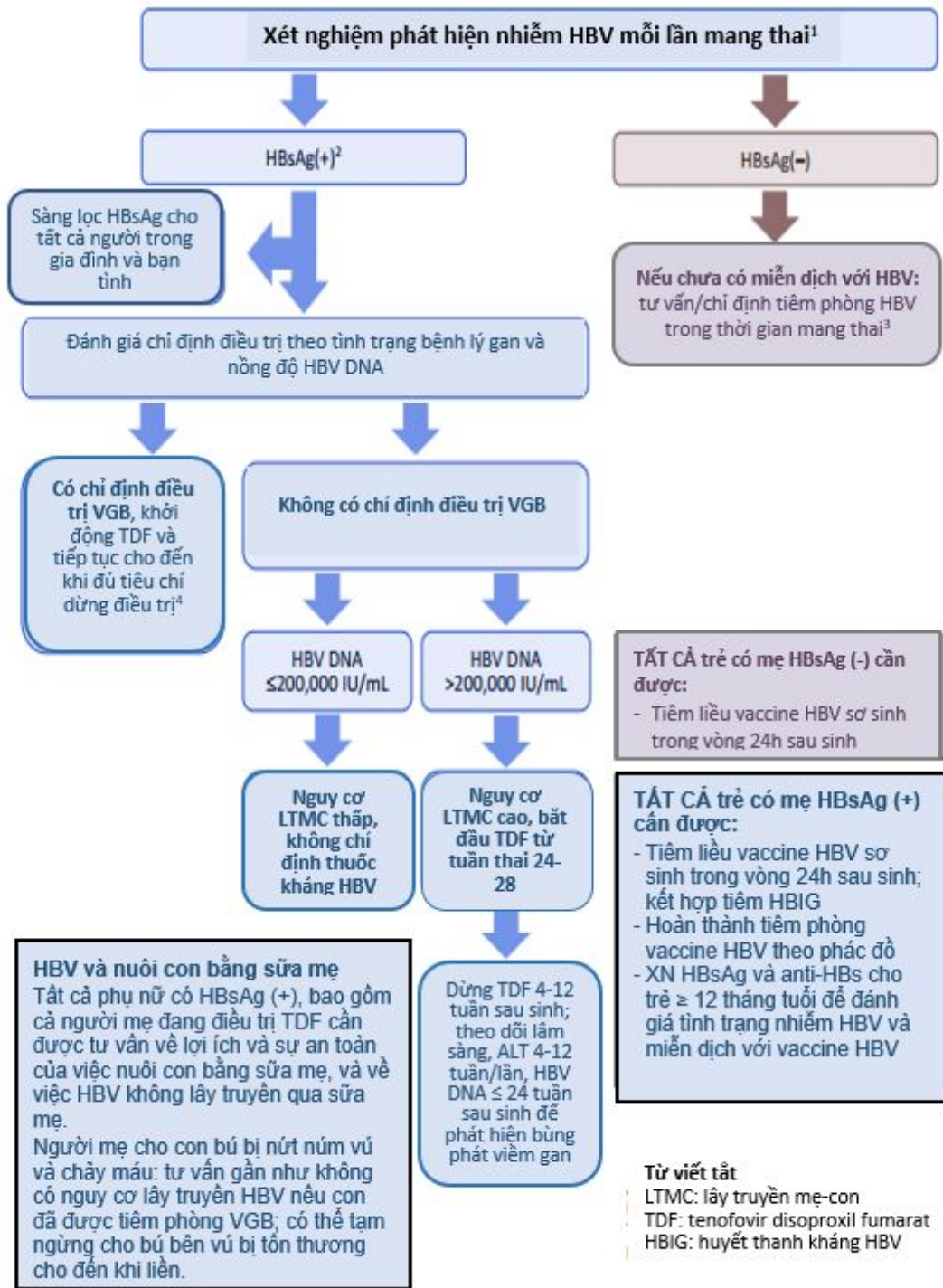
8.12 Tư vấn điều trị viêm gan B mạn tính

Thực hiện tư vấn trước điều trị, trong quá trình quản lý và điều trị người bệnh; nội dung tư vấn phù hợp với tình trạng điều trị và tuân thủ của người bệnh.

- Giải thích về tình trạng bệnh, chỉ định điều trị kháng virus hoặc lý do chưa/không điều trị kháng virus.
- Sự cần thiết, mục tiêu và hiệu quả điều trị với thuốc kháng virus.
- Tầm quan trọng của tuân thủ điều trị (cách uống thuốc, uống thuốc đúng giờ, tái khám đúng hẹn, v.v..).
- Các xét nghiệm/quy trình cần thiết để theo dõi diễn tiến của bệnh và đáp ứng điều trị.
- Tác dụng không mong muốn của thuốc, các tương tác thuốc.
- Nguy cơ HCC đặc biệt đối với người bệnh có độ xơ hoá gan \geq F3
- Sống khỏe mạnh với VGB, dự phòng lây truyền cho người khác.



8.13 DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN HBV TỪ MẸ SANG CON



1 Xét nghiệm trong tất cả các lần mang thai, thực hiện sớm nhất có thể, trong 3 tháng thai đầu tiên; 2. Tất cả phụ nữ có HBsAg (+) cần được tư vấn về theo dõi thường quy về VGB trong suốt thời gian mang thai và sau sinh; 3. Vaccine HBV an toàn trong thời gian mang thai; 4. Nếu người phụ nữ đang điều trị VGB bằng ETV, chuyển sang TDF.



9. CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN C MẠN TÍNH

Tất cả người nhiễm HCV cần được đánh giá về bệnh lý gan và hoạt động của HCV.

Tất cả những người nhiễm HCV có virus trong máu (HCV RNA dương tính) đều đủ điều kiện điều trị bằng thuốc kháng virus DAAs. Những người đã khỏi bệnh (HCV RNA âm tính \geq 12 tuần sau khi hoàn thành điều trị DAA – SVR12) cần được tư vấn phòng ngừa tái nhiễm.

Những người bị xơ hóa gan tiến triển hoặc xơ gan, đạt SVR12 vẫn cần theo dõi tiến triển của xơ gan và ung thư gan (HCC).

9.1 Quy trình quản lý viêm gan C mạn tính

HCV



Đánh giá chỉ định điều trị DAA

1. Đánh giá tình trạng bệnh lý gan

1.1. Đánh giá lâm sàng

- Triệu chứng/Dấu hiệu liên quan đến bệnh gan.
- Các bệnh lý kèm theo.

1.2. Xét nghiệm

- Chức năng gan
- Chức năng thận

1.3. Chẩn đoán hình ảnh, giai đoạn bệnh

- Sàng lọc HCC
- Giai đoạn xơ hóa gan/xơ gan

2. Đánh giá tình trạng virus máu và đồng nhiễm

- Tình trạng HCV trong máu
- Đồng nhiễm HBV, HIV

3. Xét chỉ định điều trị kháng virus và Tư vấn

- Chỉ định điều trị kháng virus DAA khi có virus máu – HCV RNA hoặc HCVcorAg dương tính
- Tư vấn về điều trị DAA, tuân thủ điều trị, nguy cơ đối với thai khi đang điều trị DAA
- Tư vấn tránh dùng rượu bia khi điều trị và phòng tái nhiễm VGC.



Theo dõi trong thời gian điều trị

- Tuân thủ điều trị
- Diễn biến bệnh lý gan, đặc biệt ở những người có ALT tăng cao trước điều trị, đồng nhiễm HBV chưa điều trị, hoặc có anti-HBc
- Theo dõi người đái tháo đường có dùng thuốc
- Thực hiện xét nghiệm khi có chỉ định.



Đánh giá sau kết thúc điều trị

- Xét nghiệm định lượng HCV RNA và chức năng gan ≥ 12 tuần sau khi kết thúc điều trị
- Khỏi bệnh (hết virus) – SVR12: HCV RNA dưới ngưỡng; ALT, AST về bình thường
- Đánh giá các nguyên nhân gây viêm gan khác nếu đã đạt SVR12 nhưng ALT vẫn tăng.



Theo dõi sau hoàn thành điều trị

Không phụ thuộc có khỏi virus hay không

- Tư vấn hạn chế sử dụng rượu bia

Khỏi - Đạt SVR12

- Không có xơ hóa gan tiến triển hoặc xơ gan: không cần theo dõi tiếp
- Có xơ hóa gan tiến triển ($\geq F3$) hoặc xơ gan: theo dõi tiến triển xơ gan và HCC
- Có nguy cơ tái nhiễm HCV: tư vấn giảm nguy cơ và xét nghiệm lại HCV RNA hàng năm hoặc khi tăng AST, ALT



Không đạt SVR12

- Chuyển lên tuyến cao hơn để điều trị lại
- Trong khi chờ điều trị lại - đánh giá tiến triển bệnh 6-12 tháng một lần



9.2 Đánh giá tình trạng bệnh lý gan và hoạt động của HCV

Đánh giá lâm sàng	Các xét nghiệm	Nghiên cứu giai đoạn/ hình ảnh	Đánh giá hoạt động của HCV và đồng nhiễm
<ul style="list-style-type: none">- Triệu chứng/ dấu hiệu viêm gan và xơ gan- Tình trạng sử dụng rượu bia- Tình trạng mang thai- Các bệnh lý kèm theo	<ul style="list-style-type: none">- CBC- AST/ALT*- Chức năng gan#<ul style="list-style-type: none">o Bilirubin toàn phầno Albumino INR- Creatinine, tính CrCl	<ul style="list-style-type: none">- Siêu âm bụng- Fibroscan gan (nếu có)- Tính APRI- Phân loại Child - Pugh (đối với bệnh nhân xơ gan)	<ul style="list-style-type: none">- Định lượng HCV RNA (Real-time PCR)- HBsAg- Anti-HIV

* AST/ALT (sử dụng ULN 35 U/L đối với nam và 25 U/L đối với nữ).

Nếu người bệnh được chẩn đoán xơ gan với các tiêu chí lâm sàng hoặc các đánh giá không xâm lấn, hoặc có biểu hiện và dấu hiệu viêm gan.



9.3 Điều trị Viêm gan C bằng thuốc kháng virus

HCV

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN C MẠN TÍNH Ở NGƯỜI ≥ 18 TUỔI VÀ ĐIỀU TRỊ LẦN ĐẦU BẰNG CÁC THUỐC DAA

Thuốc DAAs	Kiểu gen 1, 4	Kiểu gen 3	Kiểu gen 5	Kiểu gen 6
KHÔNG CÓ XƠ GAN MẮT BÙ				
SOF/VEL	Điều trị tất cả các kiểu gen trong 12 tuần			
SOF/DCV	Điều trị tất cả các kiểu gen trong 12 tuần*			
CÓ XƠ GAN MẮT BÙ				
SOF/VEL	Điều trị tất cả các kiểu gen trong 24 tuần			
SOF/DCV	Điều trị tất cả các kiểu gen trong 24 tuần			

*SOF/DCV ít hiệu quả hơn ở người bệnh viêm gan C kiểu gen 3 có xơ gan (tỷ lệ đạt SVR khoảng 80%). Do kiểu gen 3 có tỷ lệ rất thấp ở Việt Nam (dưới 5%), ở những nơi không xét nghiệm được kiểu gen HCV thì có thể sử dụng điều trị SOF/DCV cho mọi người bệnh VGC.

9.4 Phân tuyến điều trị người bệnh viêm gan C theo tình trạng bệnh

Điều trị tại tuyến huyện

- Không có xơ gan, hoặc có xơ gan nhưng chưa có tình trạng mất bù (Child-Pugh nhóm A).
- Chưa từng điều trị VGC trước đây.

Chuyển tuyến tỉnh và chuyên khoa

- Xơ gan mất bù (Child-Pugh nhóm B, C)
- Ung thư gan
- Đã từng điều trị VGC bị thất bại hoặc tái nhiễm VGC
- Phụ nữ mang thai



9.5 Theo dõi lâm sàng và xét nghiệm trong điều trị viêm gan C

Xét nghiệm	Trước điều trị	Tuần thứ 4	Tuần ≥ 12 sau khi hoàn thành điều trị
Chức năng gan	✓	✓ ¹	✓
Đường máu ³ , lipid máu	✓		
Creatinine	✓	✓ ²	✓
Siêu âm bụng	✓		✓
Đánh giá tình trạng xơ hóa gan	✓		✓
HCV RNA	✓		✓
HIV	✓		
HBsAg, anti-HBc, anti-HBs	✓		
AFP	✓		✓
Test thai (phụ nữ tuổi sinh đẻ)	✓		

1. Xét nghiệm mỗi tháng khi có men gan tăng, hoặc nghi ngờ xơ gan
2. Xét nghiệm mỗi tháng khi nghi ngờ có bệnh thận
3. Lưu ý ở người có đái tháo đường (tình trạng đái tháo đường thường cải thiện ở người điều trị VGC, có thể cần điều chỉnh liều thuốc tiểu đường).



9.6 Tư vấn người bệnh điều trị viêm gan C

- Giải thích về tình trạng bệnh
- Mục tiêu và hiệu quả điều trị thuốc kháng virus, thời gian điều trị
- Tầm quan trọng của tuân thủ điều trị (cách uống thuốc, uống thuốc đúng giờ, tái khám đúng hẹn, v.v..)
- Các xét nghiệm cần thiết để theo dõi điều trị
- Khả năng tương tác thuốc DAA với các thuốc khác và yêu cầu người bệnh phải thông báo cho thầy thuốc các loại thuốc khác được kê đơn trước và trong khi điều trị VGC bao gồm cả thực phẩm chức năng
- Tư vấn sống khỏe mạnh với viêm gan virus. Xem [mục 6.1](#) Chương 1 để có thông tin chi tiết.
- Tư vấn nguy cơ HCC, đặc biệt đối với người bệnh có xơ hoá gan tiến triển (\geq F3) và xơ gan
- Tư vấn dự phòng tái nhiễm và dự phòng lây nhiễm HCV cho những người khác.



PHỤ LỤC

Phụ lục 1. Đánh giá tình trạng xơ hóa gan và xơ gan bằng các phương pháp không xâm nhập

MỨC ĐỘ XƠ HÓA GAN THEO METAVIR		
CÁCH TÍNH METAVIR	APRI*	FIBROSCAN
F1 KHÔNG XƠ HÓA/XƠ HÓA NHẸ	< 0,5	< 7,0 KPa
F2 XƠ HÓA VỪA/TRUNG BÌNH	0,5 đến < 1	7,0 đến < 9,5 KPa
F3 XƠ HÓA ĐÁNG KỂ/TIẾN TRIỂN	1 đến < 2,0	9,5 đến < 11 KPa
F4 XƠ GAN	≥ 2	≥ 11 KPa

* Công cụ tính APRI: <https://nohepb.org/vietnamese/APRI-E.html>



Phụ lục 2. Xác định tình trạng xơ gan mất bù theo điểm Child-Turcotte-Pugh

Thang đo	Điểm			
	1	2	3	
Bệnh não gan	Không	Độ 1-2	Độ 3 - 4	
Cổ trướng	Không	Nhẹ/Vừa	Nặng	
Bilirubin	< 35 $\mu\text{mol/L}$ (< 2mg/dL)	35 - 51 $\mu\text{mol/L}$ (2 - 3mg/dL)	> 51 $\mu\text{mol/L}$ (> 3mg/dL)	
Albumin	> 35 g/L (>3.5g/dL)	28 – 35 g/L (2.8 – 3.5 g/dL)	< 28 g/L (< 2.8 g/dL)	
Tỉ lệ prothrombin				
	Tỷ lệ %	> 64%	44 – 64%	< 44%
	INR	< 1.7	1.7 – 2.3	> 2.3

Phân loại bằng cách cộng điểm cho từng thang đo

Phân loại Child-Turcotte- Pugh	Điểm	
Loại A	5-6	Xơ gan còn bù
Loại B	7-9	Suy giảm chức năng gan đáng kể
Loại C	≥ 10	Xơ gan mất bù

Công cụ tính APRI và Child-Pugh trực tuyến:

- <https://apps.apple.com/us/app/know-hbv/id1523455855?platform=iphone>
- <https://apps.apple.com/us/app/hepcalc/id586813135>



Phụ lục 3. Các thuốc kháng virus viêm gan B tương tự nucleoside/nucleotide

Nucleos(t)ide		Liều người lớn	Liều trẻ em	Tác dụng phụ
TDF*	Tenofovir disoproxil fumarate*	- 300 mg/ngày - Điều chỉnh liều theo mức lọc cầu thận	≥ 12 tuổi và cân nặng ≥ 35 kg: liều lượng như người lớn	Bệnh thận, hội chứng Fanconi, hội chứng loãng xương, nhiễm toan lactic
ETV	Entecavir	- 0.5mg/ngày (1mg/ngày nếu người bệnh từng sử dụng lamivudine hoặc có xơ gan mất bù) - Điều chỉnh liều theo mức lọc cầu thận	Trẻ ≥ 2 tuổi: tính liều theo cân nặng	Nhiễm toan lactic
TAF#	Tenofovir alafenamide#	- 25 mg/ ngày - Không cần giảm liều đối với các trường hợp suy thận hoặc chạy thận.	Trẻ ≥ 12 tuổi: liều như người lớn*	Nhiễm toan lactic, không chỉ định cho trường hợp xơ gan mất bù

* TDF có thể được chỉ định điều trị cho phụ nữ có thai, trẻ ≥ 3 tuổi và đồng nhiễm HBV/HIV, liều dùng theo liều lượng khuyến cáo dành cho trẻ nhiễm HIV

TAF chưa được khuyến cáo cho phụ nữ mang thai; lựa chọn ưu tiên trong các trường hợp người bệnh > 60 tuổi, người có loãng xương hoặc suy thận với độ thanh thải creatinin (CrCl) ≥ 15ml/phút, người chạy thận nhân tạo với CrCl < 15ml/phút.



Phụ lục 4. Điều chỉnh liều thuốc kháng virus ở người suy thận

NAs		Mức lọc cầu thận	Điều chỉnh liều
TDF	Tenofovir disoproxil fumarate	+ CrCl \geq 50 mL/phút	Không cần giảm liều
		+ CrCl 30-49 mL/phút	+ 300mg mỗi 48 giờ
		+ CrCl 10-29 mL/phút	+ 300mg mỗi 72 - 96 giờ
		+ CrCl <10 mL/phút	Không dùng
		+ Chạy thận	+ 300mg mỗi 7 ngày hoặc uống sau mỗi lần chạy thận 12 giờ
ETV	Entecavir	+ CrCl: \geq 50 mL/phút	Không cần giảm liều
		+ CrCl: 30-49 mL/phút	+ 0.25 mg/ngày hoặc 0,5 mg mỗi 48 giờ
		+ CrCl: 10-29 mL/phút	+ 0.15 mg/ngày hoặc 0,5 mg mỗi 72 giờ
		+ CrCl <10 mL/phút, chạy thận	+ 0.5 mg mỗi 7 ngày
TAF	Tenofovir alafenamide		Không cần giảm liều đối với các trường hợp suy thận nhẹ, vừa và nặng, hoặc chạy thận. Chưa có dữ liệu trên người suy thận có CrCl < 15 ml/phút nhưng chưa chạy thận

Luôn tính độ thanh thải creatinine cho những người đang điều trị HBV bằng thuốc nucleos(t)ide và điều chỉnh liều thuốc kháng virus theo CrCl. Sử dụng công cụ tính CrCl trực tuyến:

[-https://www.msdmanuals.com/medical-calculators/CreatinineCl_CG-vi.htm](https://www.msdmanuals.com/medical-calculators/CreatinineCl_CG-vi.htm)

HOẶC

[-https://hscv.vn/tools.asp?id=bantin&idnhom=6&idtin=111](https://hscv.vn/tools.asp?id=bantin&idnhom=6&idtin=111)



Phụ lục 5. Các thuốc kháng virus tác động trực tiếp thường dùng trong điều trị viêm gan C

Dạng thuốc	Liều lượng	Cách sử dụng
Phối hợp liều cố định	SOF 400 mg/VEL100 mg	1 viên phối hợp uống 1 lần/ngày
	SOF 400 mg/DCV 60 mg	1 viên phối hợp uống 1 lần/ngày
	SOF 400mg/LDV 90 mg,	1 viên phối hợp uống 1 lần/ngày
Dạng viên rời	SOF 400 mg	1 viên uống 1 lần/ngày phối hợp với RBV, DCV
	DCV 60 mg	1 viên uống 1 lần/ngày phối hợp với SOF
	DCV 30 mg	Sử dụng khi cần tăng liều hoặc cần dùng liều thấp do tương tác thuốc
Thuốc dành cho trẻ em từ 3 đến 17 tuổi	SOF/LDV	<17 kg: 150mg/37,5mg mỗi ngày 17 - <35 kg: 200mg/45mg mỗi ngày ≥35 kg: 400mg/90mg mỗi ngày
	SOF/VEL: 2 dạng viên phối hợp - SOF 50mg/VEL 12,5mg - SOF 200mg/VEL 50mg	<17 kg: 150mg/37,5mg mỗi ngày ≥17 kg ở trẻ 3 - 12 tuổi: 200m/50mg mỗi ngày Trẻ >12 tuổi: liều giống như người lớn



Phụ lục 6. Một số tương tác giữa thuốc điều trị VGC và các thuốc khác

DAA	Thuốc kết hợp	Ảnh hưởng khi kết hợp	Khuyến cáo xử trí
Sofosbuvir (SOF)	Amiodarone	Làm chậm nhịp tim	Chỉ sử dụng amiodarone khi không sẵn có thuốc thay thế; theo dõi chặt chẽ
	Thuốc chống co giật phenobarbital, phenytoin, carbamazepin, oxcarbazepine. Rifampicin	Giảm nồng độ SOF, ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị HCV	Không sử dụng SOF cùng với thuốc chống co giật, rifampicin Không sử dụng SOF cùng với tipranavir
Ledipasvir (LDV)	TDF TDF + PI/r	Tăng độc tính đối với thận	Theo dõi mức lọc cầu thận, không sử dụng LDV cùng TDF nếu mức lọc cầu thận <60ml/phút. Theo dõi độc tính đối với thận khi sử dụng LDV cùng TDF+PI/r
	Các thuốc giảm a xít	Giảm hấp thu LDV, giảm nồng độ LDV	Uống SOF/LDV cách thuốc kháng acid 4 giờ; cách giờ hoặc cùng giờ thuốc đối kháng thụ thể H2, cùng giờ với thuốc ức chế proton
Daclatasvir (DCV)	Thuốc chống co giật phenobarbital, phenytoin, carbamazepin, oxcarbazepine Rifampicin, ARV (EFV, NVP)	Giảm nồng độ DCV, giảm hiệu quả điều trị HCV	Không sử dụng DCV cùng các thuốc chống co giật, rifampicin. Tăng liều DAC lên 90 mg/ngày khi điều trị người bệnh nhiễm HIV đang điều trị phác đồ có EFV.
	Clarithromycin, itraconazole, ketoconazole	Tăng nồng độ DCV	Giảm liều DCV xuống 30 mg/ngày khi điều trị người bệnh nhiễm HIV đang điều trị phác đồ ARV có ATV/r và các thuốc ức chế CYP3A khác
Velpatasvir (VEL)	Các thuốc giảm a xít	Giảm nồng độ VEL	Uống SOF/VEL cách thuốc kháng acid 4 giờ, cách 12 giờ hoặc cùng giờ thuốc đối kháng thụ thể H2, uống cùng với thức ăn và trước 4 giờ khi uống omeprazole
	Amiodaron	Làm chậm nhịp tim	Không dùng đồng thời. Trường hợp bắt buộc thì cần theo dõi chặt chẽ
	Digoxin	Tăng nồng độ digoxin	Giảm liều digoxin 50%, theo dõi sát điện tâm đồ và nhịp tim
	Chống ung thư topotecan Chống co giật: carbamazepin, phenytoin, phenobarbital, oxcarbazepine Kháng mycobacteria: rifabutin, rifampicin, rifapentine	Tăng nồng độ topotecan, giảm nồng độ SOF/VEL	Không dùng đồng thời
	Efavirenz, nevirapine, etravirine	Giảm nồng độ VEL	Không dùng đồng thời
	Tenofovir (TDF)	Tăng nồng độ TDF	Theo dõi sát chức năng thận
	Rosuvastatin, atorvastatin	Tăng nồng độ rosuvastatin và atorvastatin	Tăng nguy cơ bệnh cơ, bao gồm cả tiêu cơ vân, không dùng rosuvastatin quá 10mg. Theo dõi chặt chẽ tình trạng tiêu cơ



BẢNG CÁC CHỮ VIẾT TẮT

Anti-HBc	kháng thể kháng kháng nguyên lõi vi rút viêm gan B
Anti-HBe	kháng thể kháng kháng nguyên e vi rút viêm gan B
Anti-HBs	kháng thể kháng kháng nguyên bề mặt vi rút viêm gan B
Anti-HCV	kháng thể kháng virus viêm gan C
Anti-HIV	kháng virus gây suy giảm miễn dịch mắc phải ở người
APRI	chỉ số tỉ số AST trên tiểu cầu
ARV	thuốc kháng virus
AST	aspartate transaminase
CrCl	độ thanh thải creatinin
CSYT	cơ sở y tế
DAAs	các thuốc kháng virus tác động trực tiếp
DNA	deoxyribonucleic acid
ETV	entecavir
HBeAg	kháng nguyên e virus viêm gan B
HBsAg	kháng nguyên bề mặt virus viêm gan B
HBV	virus viêm gan B
HCC	ung thư biểu mô tế bào gan
HCV	virus viêm gan C
HDV	virus viêm gan D
HIV	virus gây suy giảm miễn dịch mắc phải ở người
NA	thuốc tương tự nucleot(s)ide
NVYT	nhân viên y tế
PNMT	phụ nữ mang thai
PT	prothrombin
QHTD	quan hệ tình dục
RNA	ribonucleic acid
TAF	tenofovir alafenamide
TDF	tenofovir disoproxil fumarate
TYT	trung tâm y tế
ULN	giới hạn trên của mức bình thường
VGB	viêm gan B
VGC	viêm gan C
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới



TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế 2019. Hướng dẫn kỹ thuật các can thiệp dự phòng HIV, viêm gan B và giang mai lây truyền từ mẹ sang con (Quyết định số 2834/QĐ-BYT).

Bộ Y tế 2019. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan virus B (Quyết định số 3310/QĐ-BYT).

Bộ Y tế 2020. Hướng dẫn xét nghiệm virus viêm gan B, C (Quyết định số 1868/QĐ-BYT).

Bộ Y tế 2021. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan virus C (Quyết định số 2065/QĐ-BYT).

Bộ Y tế 2021. Kế hoạch phòng chống bệnh viêm gan virus giai đoạn 2021-2025 (QĐ 4531/QĐ-BYT).

Hepatitis B Foundation <https://www.hepb.org/>

Tổ chức Y tế Thế giới, trang thông tin về Viêm gan https://www.who.int/health-topics/hepatitis#tab=tab_1.

Tổ chức Y tế Thế giới 2021. Báo cáo tiến độ toàn cầu về HIV, viêm gan siêu vi và các bệnh lây truyền qua đường tình dục, 2021.

Tổ chức Y tế Thế giới 2022. Chiến lược ngành y tế toàn cầu về HIV, viêm gan siêu vi và các bệnh lây truyền qua đường tình dục trong giai đoạn 2022-2030.

Tổ chức Y tế Thế giới 2024. Hướng dẫn phòng ngừa, chẩn đoán, chăm sóc và điều trị người nhiễm viêm gan B mạn tính.

Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh, trang thông tin về viêm gan virus, <https://www.cdc.gov/hepatitis/>

Hoạt động này được phối hợp thực hiện bởi Trường Y Harvard, Bệnh viện Brigham and Women's, Bệnh viện Beth Israel Deaconess và các đối tác

