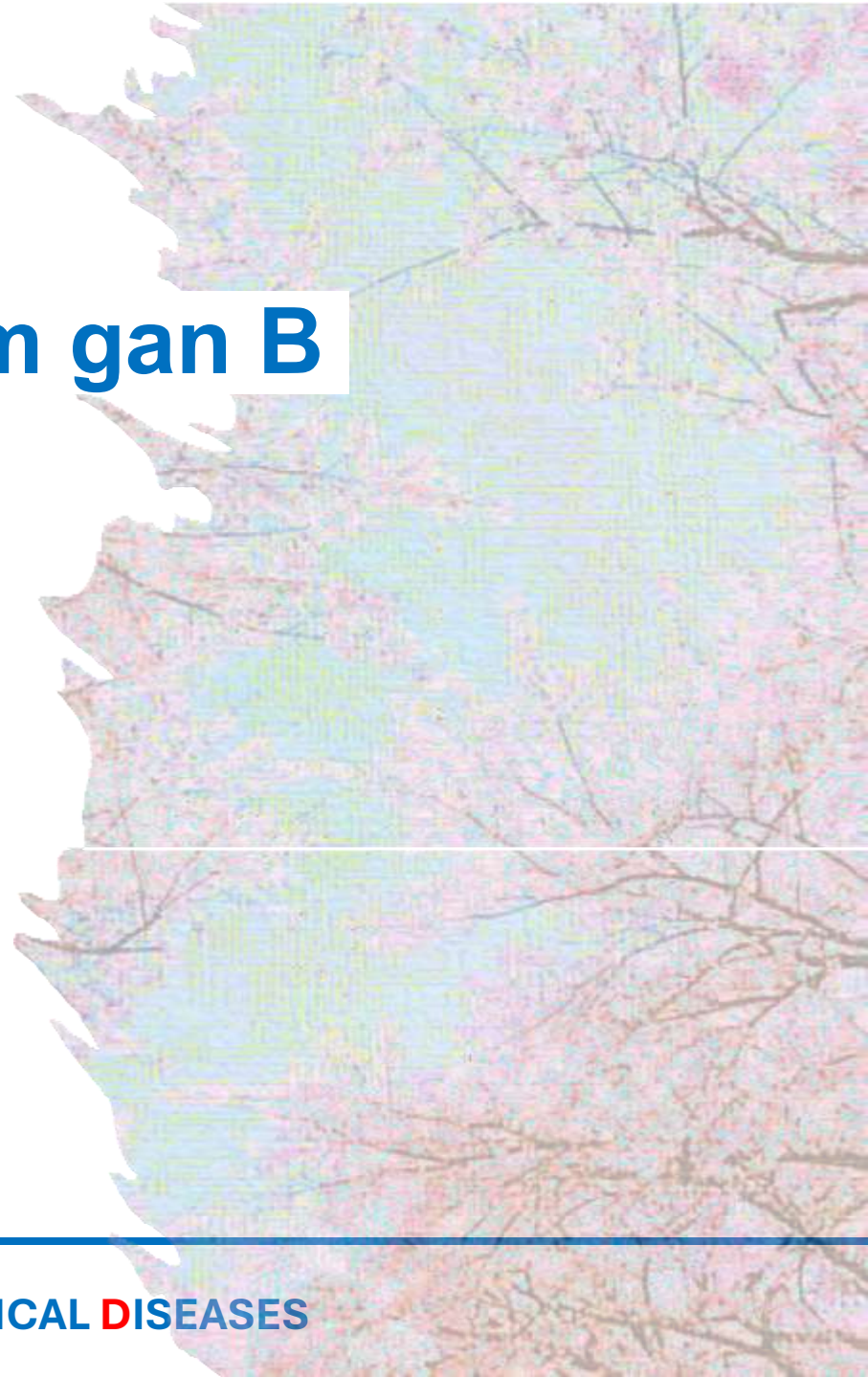




Cập nhật chẩn đoán và điều trị viêm gan B của Tổ chức Y tế Thế giới tháng 3 năm 2024

BSCKII Nguyễn Nguyễn Huyền
Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương



NỘI DUNG

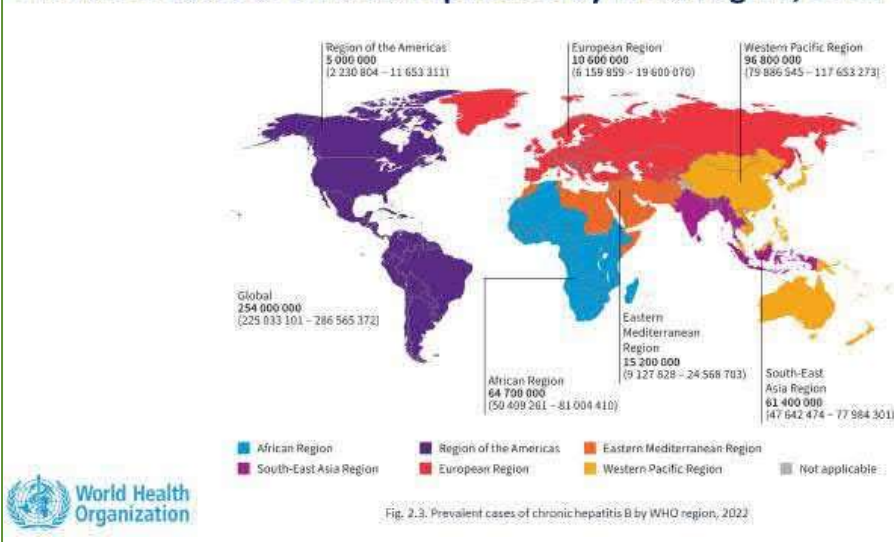
1 XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN VÀ THEO DÕI ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN B

2 TIÊU CHUẨN ĐIỀU TRỊ VÀ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

3 DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN HBV TỪ MẸ SANG CON

Toàn cầu, ước tính năm 2022 có 304 triệu người sống chung với Viêm gan B (254 triệu) và Viêm gan C (50 triệu)

Prevalent cases of chronic hepatitis B by WHO region, 2022



Prevalent cases of chronic hepatitis C by WHO region, 2022



2.2 triệu

Số nhiễm HBV và HCV mỗi năm

1.3 triệu

Số tử vong mỗi năm do HBV/HCV liên quan đến xơ gan và ung thư gan

12 triệu

Tỉ lệ Anti-HDV (+)

<https://www.who.int/publications/i/item/978924009167>

2

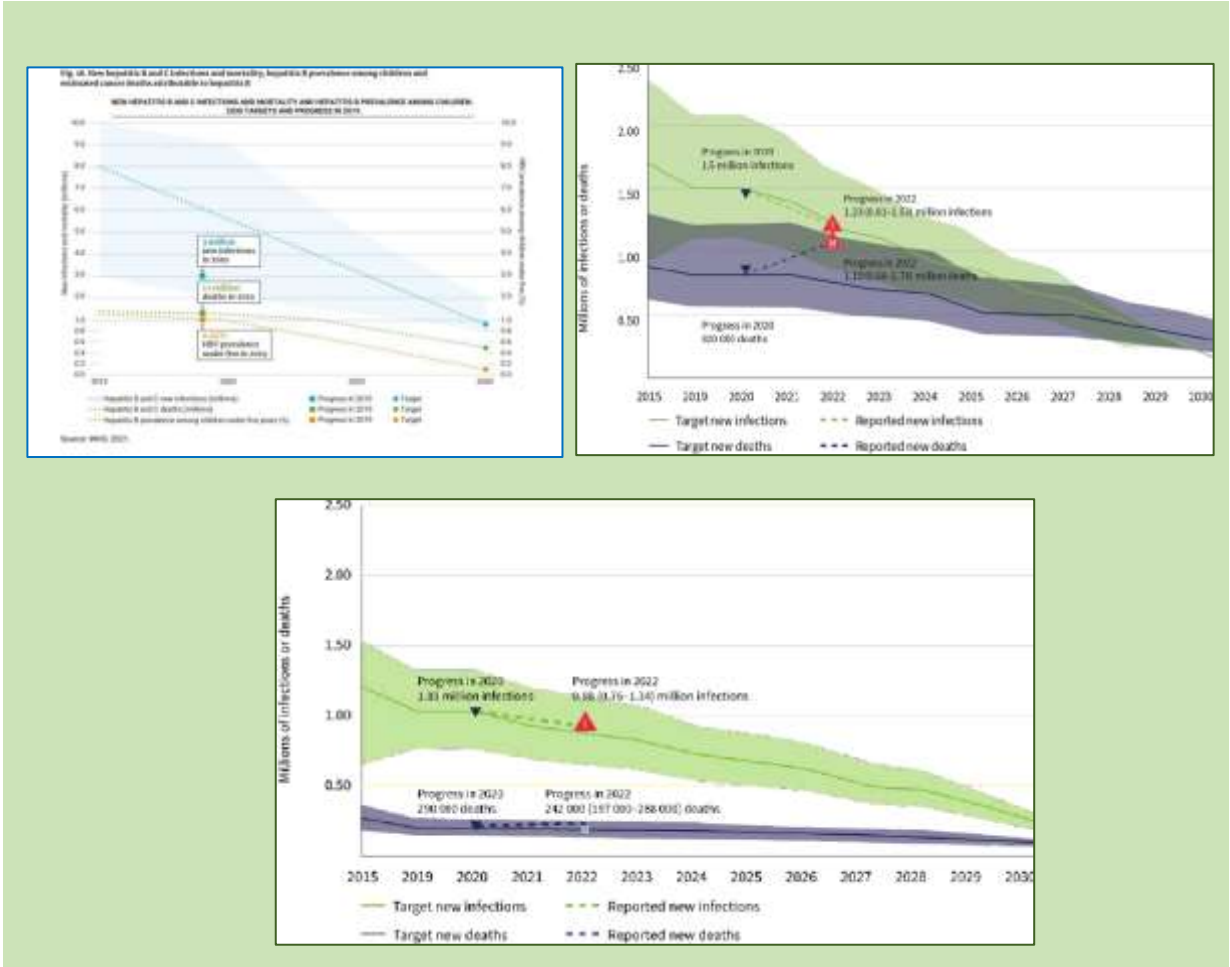
Tiến trình loại trừ viêm gan đến năm 2030 (2015 và 2022 Hội đồng y tế thế giới)



Mục tiêu loại trừ bắt buộc được xác định và đo lường được

Tỉ lệ nhiễm: HBsAg ở trẻ em ≤5 tuổi
<0.1%

Tỉ lệ tử vong do HCV và/hoặc HBV
<6/100,000
 Dân số



Hàm ý của việc loại bỏ viêm gan B, C

Từ **2.2 triệu** nhiễm mới (năm 2022) giảm còn **520,000** trường hợp (năm 2030)

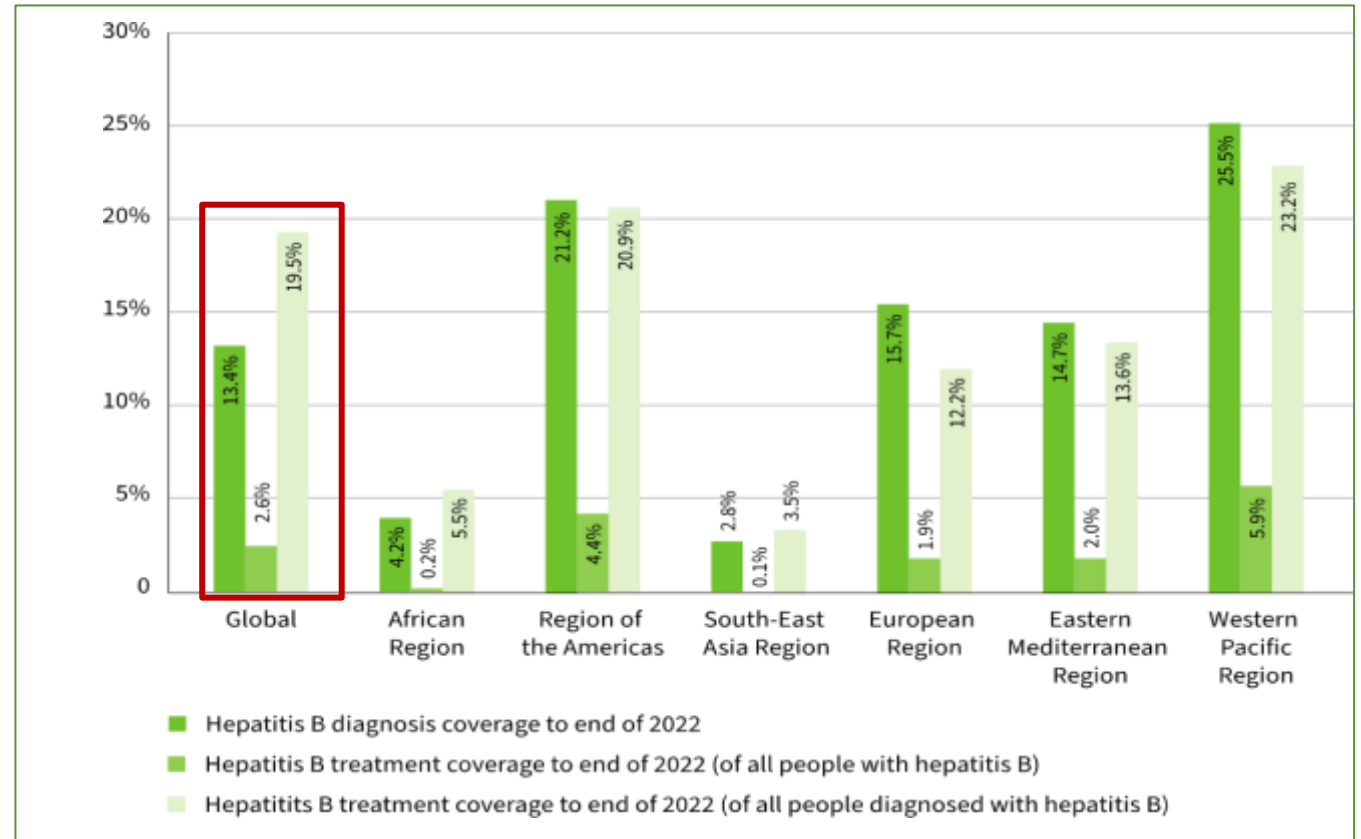
Từ **1.3 triệu** số tử vong (năm 2022) xuống dưới **660,000** số tử vong (năm 2030)

*Giảm 95% tỉ lệ nhiễm HBV và giảm 65% tỷ lệ tử vong vào năm 2030, so sánh với mốc năm 2015



Thành tựu và khoảng trống trong quản lý viêm gan B

Tồn tại khoảng cách lớn và sự chênh lệch giữa các khu vực trong chẩn đoán và điều trị viêm gan B trên toàn cầu, **chỉ có 13%** trong số 254 triệu người **được chẩn đoán** và **3%** **được điều trị**



Mở rộng các biện pháp ứng phó với bệnh viêm gan B có khả năng cứu được hơn 8 triệu người sống đến năm 2030

Tại sao lại cần cập nhật hướng dẫn điều trị VGB của WHO ?

• Vẫn còn những khoảng cách lớn trong việc XN và điều trị

• Hướng dẫn phức tạp

• Sự khác biệt về khu vực nhân khẩu học + dịch tễ học

• Bằng chứng mới nổi

• Thách thức tiếp cận

✓ Tiêu chuẩn điều trị mở rộng và đơn giản hóa

✓ Đơn giản hóa dần dần

✓ Tỷ lệ sinh cao và and % dân số < 20 tuổi cao (25% tổng số HBsAg(+) ở Châu Phi cận Sahara- SSA)

✓ Ung thư gan ở giới trẻ tại SSA

✓ 75% người có HBV DNA <2000 IU/mL tại SSA

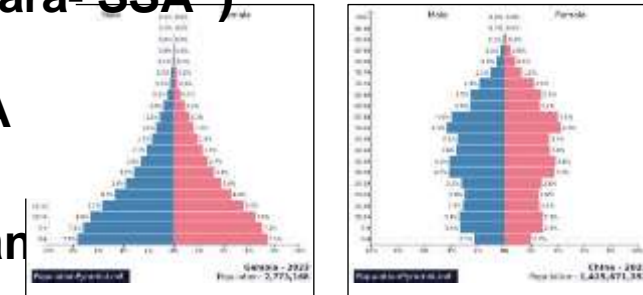
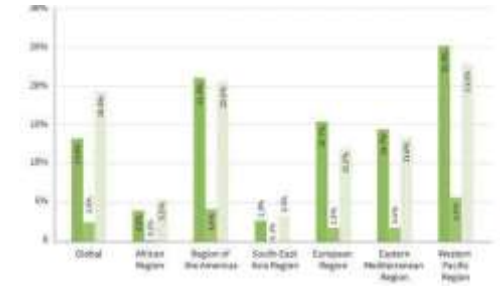
✓ Sự tích hợp DNA HBV đang diễn ra – khả năng gây ung thư

✓ Tỷ lệ đáng kể các ca nhiễm mới đang diễn ra thông qua lây truyền mẹ con ở SSA

✓ Hiện có thêm dữ liệu nhóm đối tượng từ SSA

✓ Khả năng tiếp cận HBV DNA hạn chế ở LMIC

✓ Tỷ lệ tiếp cận vaccin VGB liều sau sinh thấp ở SSA



In 2022, 13% of 254 million people with chronic HBV infection were diagnosed + 3% treated

WHO: CẬP NHẬT PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VGVR B 2024



WHO Symposium at APASL
March 30th, 2024

Tại sao cần cập nhật phác đồ?

- ✓ Để đơn giản hóa
- ✓ Để thêm vào các bằng chứng mới
- ✓ Hướng tới tạo thuận xét nghiệm

Mở rộng tiêu chuẩn điều trị, nhằm đạt được $\geq 50\%$ NB có HBsAg+
(8–15% với phác đồ cũ)

APASL, The Asian Pacific Association for the Study of the Liver; HBsAg, hepatitis B surface antigen; HBV, hepatitis B virus; WHO, World Health Organization.
WHO Symposium: Launch of WHO 2024 Hepatitis B Guidelines. APASL 2024



Xét nghiệm chẩn đoán và theo dõi điều trị viêm gan B



Ai cần xét nghiệm phát hiện VGB?

Quần thể đích	Khuyến cáo
XN toàn dân	Áp dụng ở nơi có tỉ lệ nhiễm >5% (sử dụng các cơ hội hoặc chương trình xét nghiệm hiện có tại cộng đồng hoặc cơ sở y tế như tại các phòng khám thai sản, phòng khám HIV hoặc phòng khám lao)
XN thường quy HIV, HIV ở phụ nữ có thai	Tất cả phụ nữ mang thai nên được xét nghiệm HIV, giang mai và kháng nguyên bề mặt viêm gan B (HBsAg) ít nhất một lần và càng sớm càng tốt trong thời kỳ mang thai của họ
XN tập trung vào quần thể bị ảnh hưởng	<ul style="list-style-type: none">- Nhóm nguy cơ, nhóm có tiền sử phơi nhiễm với HBV- Người có biểu hiện bệnh lý gan, tăng men gan...- Người thân, bạn bè, người sống chung với người nhiễm HBV- Nhân viên y tế
Người hiến máu	Bắt buộc xét nghiệm Kết nối điều trị với người có XN dương tính

Thuật ngữ và đặc điểm chỉ dấu sinh học của các giai đoạn khác nhau của VGB

Thuật ngữ		Nhiễm HBV có HBeAg (+)	Viêm gan B có HBeAg (+)	Nhiễm HBV Có HBeAg (-)	Viêm gan B có HBeAg (-)	Vùng xám	Viêm gan B thể ẩn
Cách gọi khác		Dung nạp MD	thể hoạt động	Thể không HĐ	Thể tái HĐ	Không xác định	None
Huyết thanh	HBsAg	+	+	+	+	+	Âm tính
(IU/ mL)	qHBsAg	3.5–4.5 log10	3.5–4.5 log10	2.5–3.5 log10	2–3 log10 IU/mL	2–3 log10 IU/mL	Âm tính
	HBeAg	+	+	Âm tính	Âm tính	Âm tính	Âm tính
	Anti-HBe	Âm tính	Âm tính	+	+	+	Có thể +
	HBV-DNA	Thường >10 ⁷ IU/mL	Thường >10 ⁵ to 10 ⁷ IU/mL	<10 ³ IU/mL	Thường 10 ³ to 10 ⁵ IU/mL	2000 - 20 000 IU/mL	Thấp ở giới hạn phát hiện
Sinh hóa	ALT	Bình thường	Tăng	Bình thường	tăng	Dao động	Bình thường
Mô học	Sinh thiết	Viêm hoại tử tối thiểu hoặc xơ hóa	Viêm hoại tử TB hoặc nặng và các mức độ xơ hóa #	Viêm hoại tử tối thiểu và xơ hóa	Viêm hoại tử TB đến nặng hoặc xơ hóa	Viêm hoại tử tối thiểu hoặc thấp	viêm hoại tử tối thiểu hoặc thấp Có thể xơ hóa
cccDNA+	Giả định	SL bản sao tương đối cao trên mỗi tế bào	Số lượng bản sao tương đối cao trên mỗi tế bào	Số lượng bản sao hoặc HĐ phiên mã thấp	SL bản sao thấp hơn nhưng HĐ phiên mã	Số lượng thấp và phiên mã thay đổi	Dữ liệu không chắc chắn
HBV DNA tích hợp	Giả định	Tồn tại	Tồn tại	Tồn tại và chiếm phần lớn HBsAg	Tồn tại và chiếm phần lớn HBsAg	Tồn tại	Tồn tại
HBcrAg	Đo lường	Mức cao	Mức cao	Thấp hoặc KPH	Thấp	Có thể phát hiện	Dữ liệu ko sẵn
HBV RNA	Đo lường	Mức cao	Mức cao	Thấp hoặc KPH	Thấp	Có thể phát hiện	Dữ liệu ko sẵn

KHUYẾN CÁO – Đánh giá xơ hóa gan bằng các PP không xâm lấn

Cập nhật khuyến cáo:

- **APRI (chỉ số tỷ lệ aspartate aminotransferase-trên-tiểu cầu)** được khuyến cáo là xét nghiệm không xâm lấn ưu tiên để đánh giá sự hiện diện của tình trạng xơ hóa hoặc xơ gan đáng kể ở người trưởng thành ở những nơi có nguồn lực hạn chế.
- **Đo độ đàn hồi thoáng qua (FibroScan®)** có thể là xét nghiệm không xâm lấn thích hợp hơn ở những nơi có sẵn và chi phí không phải là trở ngại lớn

(strong recommendation, moderate-certainty evidence)

Khuyến cáo mới:

- tình trạng xơ hóa đáng kể (F2) phải dựa trên điểm **APRI >0,5** hoặc giá trị đo độ đàn hồi thoáng qua **>7,0 kPa**, và xơ gan (F4) phải dựa trên tiêu chí lâm sàng (hoặc điểm **APRI >1,0** hoặc đo độ đàn hồi thoáng qua (**FibroScan®**) **>12,5 kPa** .

(adults: strong recommendation, moderate-certainty evidence; adolescents: strong recommendation, low-certainty evidence)

TABLE 4.1 METAVIR liver-biopsy scoring system

METAVIR stage	F0	F1	F2	F3	F4
Definition	No fibrosis	Portal fibrosis without septa	Portal fibrosis with septa	Numerous septa without cirrhosis	Cirrhosis

TABLE 4.2 Selected non-invasive tests to assess liver fibrosis

Test	Components	Requirements	Cost
APRI	AST, platelets	Simple blood tests	+
FIB-4	Age, AST, ALT, platelets	Simple blood tests	+
FibroScan®	Transient elastography	Dedicated equipment	+++

Khuyến cáo và cơ sở lý luận – HBV DNA và XN Reflex

Khuyến cáo mới:

XN Point-of-care (POC) HBV DNA:

XN POC HBV DNA nucleic acid testing (NAT) có thể được sử dụng như **một phương pháp tiếp cận thay thế** cho XN HBV DNA trong phòng thí nghiệm để đánh giá nồng độ HBV DNA cho việc đánh giá tiêu chuẩn điều trị và theo dõi đáp ứng điều trị (*conditional recommendation, low-certainty evidence*)

XN Reflex HBV DNA :

Sử dụng lại mẫu máu của người có HBsAg (+) có thể được coi như một chiến lược bổ sung để thúc đẩy liên kết việc chăm sóc và điều trị. Điều này có thể đạt được qua XN HBV DNA tại phòng XN bằng cách sử dụng mẫu đã lưu giữ trong phòng XN hoặc tại PK chăm sóc SK ban đầu qua việc thu thập mẫu ngay sau khi XN CĐ nhanh (RDT) HBsAg (+). (*conditional recommendation, low-certainty evidence*)

Product	Xpert HBV DNA	Truenat HBV
Manufacturer	Cepheid	Molbio
Analyser	Cepheid GeneXpert Instruments (GeneXpert-II, GeneXpert-IV, GeneXpert-XVI Instruments)	Truelab Real Time micro PCR platform (UNO/ĐUO/QUATTRO / QUATTRO 4x4)
Cost	US\$ 14.90 ex works per assay; ² about US\$ 17 000–70 000 per machine.	US\$ 12 ex works per assay ⁴
Assay	Specimen type: plasma, serum Limit of detection 6 IU/mL	Specimen type: plasma, serum, whole blood Limit of detection 56 IU/mL
Regulatory approval	CE-Mark	No stringent regulatory authority approval

Three systematic reviews

- Diagnostic accuracy of **POC** assays review (15 studies): high sensitivity (96–98%) and specificity (98–99%)
- Clinical impact review of **POC** assays (7 studies) showed high uptake of testing (89% (95% CI 55–100%)) and of treatment initiation (88% (95% CI 66–100%)).
- Clinical impact review of **Reflex** HBV DNA testing (8 studies) showed high uptake of HBV DNA testing and treatment initiation.

Khuyến cáo và cơ sở lý luận – XN HDV – Ai cần XN?

Các khuyến cáo mới

Phương pháp XN phổ thông

XN huyết thanh tìm KT kháng HDV có thể được thực hiện cho tất cả những người có HBsAg dương tính, như là PP tiếp cận được ưu tiên để mở rộng khả năng tiếp cận CD HDV và liên kết với dịch vụ chăm sóc

(conditional recommendation, very-low-certainty evidence)

Narrative review

- Không có nghiên cứu nào đánh giá trực tiếp tác động và hiệu quả về mặt chi phí của các phương pháp XN anti-HDV khác nhau.
- Các nghiên cứu quan sát từ các nước thu nhập cao **cho thấy việc tiếp nhận xét nghiệm và phát hiện ca bệnh kém dựa trên phương pháp tiếp cận dựa trên rủi ro**, và sự gia tăng đáng kể xét nghiệm anti-HDV phổ biến dựa trên phòng xét nghiệm
- **Việc phát hiện ca bệnh hiệu quả đóng vai trò quan trọng trong việc triển khai các biện pháp can thiệp phòng ngừa**, ví dụ như tăng cường giám sát HCC và tiếp cận các phương án điều trị mới

Phương pháp xét nghiệm đối tượng ưu tiên

Trong các bối cảnh mà phương pháp XN kháng thể anti-HDV phổ biến không khả thi vì năng lực phòng XN hoặc các nguồn lực khác bị hạn chế, XN anti-HDV có thể được **ưu tiên trong các quần thể cụ thể** ở người có HBsAg dương tính:

- Người sinh ra ở **vùng dịch tễ HDV-endemic**;
- Người bệnh có **bệnh lý gan tiến triển**, người đang điều trị VGB; và những người có các đặc điểm gợi ý nhiễm HDV (như HBV DNA thấp với mức ALT cao); và
- những người có **nguy cơ** nhiễm HDV cao (người chạy thận nhân tạo, người sống chung với HCV hoặc HIV, người tiêm chích ma túy, gái mại dâm và nam quan hệ đồng giới).

(conditional recommendation, very-low-certainty evidence)

Khuyến cáo – XN HDV

Xét nghiệm như thế nào?

Cách thức chẩn đoán

Những người mắc VGB (HBsAg dương tính) có thể được chẩn đoán mắc VG D bằng cách sử dụng XN huyết thanh để phát hiện anti-HDV total sau đó là NAT để phát hiện HDV RNA và nhiễm trùng đang hoạt động (virus trong máu) ở những người có anti-HDV dương tính.

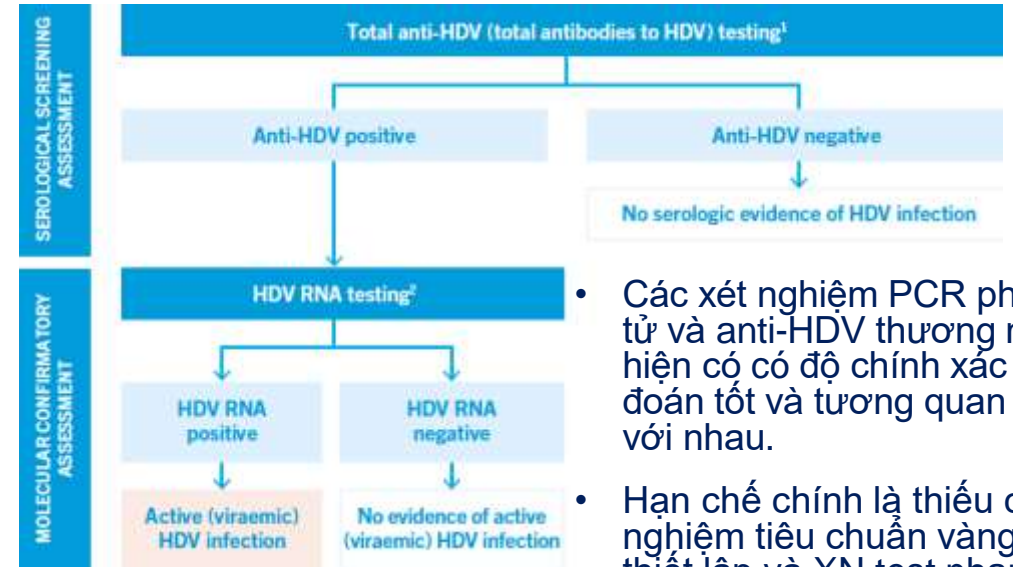
Các xét nghiệm phải đáp ứng các tiêu chuẩn tối thiểu về chất lượng, an toàn và hiệu suất.

(conditional recommendation, low-certainty evidence)

Reflex testing

Xét nghiệm reflex để XN kháng thể anti-HDV sau kết quả HBsAg dương tính và xét nghiệm RNA HDV (nếu có) sau kết quả xét nghiệm kháng thể anti-HDV dương tính có thể được sử dụng như một chiến lược bổ sung để thúc đẩy chẩn đoán..

(conditional recommendation, low-certainty evidence)



- Các xét nghiệm PCR phân tử và anti-HDV thương mại hiện có có độ chính xác chẩn đoán tốt và tương quan tốt với nhau.
- Hạn chế chính là thiếu các xét nghiệm tiêu chuẩn vàng được thiết lập và XN test nhanh cho kháng thể anti-HDV.

Systematic review of reflex testing

- 11 studies of reflex anti-HDV Ab testing (3 had non-reflex comparator arm) in those HBsAg positive
- **Increased uptake of serology testing** (97% (95% CI: 92–100%) vs. 45% (95% CI: 0.3–98%) vs. non-reflex testing
- **Very high uptake of reflex HDV RNA** in those anti-HDV positive - 98% (95% CI: 77–100%) in 8 studies.

Các XN mới – HBcrAg (hepatitis B core-related antigen)

- Là chỉ dấu của phiên mã cccDNA
- Bao gồm HBeAg, HBcAg và protein tiền nhân 22-kDa, p22cr
- Lợi ích tiềm năng để cải thiện sự phân tầng nguy cơ: do chỉ dấu này phản ánh tốt hơn quy mô của nhóm cccDNA và hoạt động phiên mã của cccDNA trong tế bào gan
- Dự đoán mức độ nghiêm trọng tình trạng tái phát. Có khả năng xác định những người có nguy cơ tái phát cao hơn sau khi ngừng NA
- Trong trường hợp đang điều trị NA, khi HBV DNA không phát hiện, chỉ dấu này cung cấp dữ liệu bổ sung để dự đoán các giai đoạn khác nhau của VGVR B mạn và kết điểm điều trị
- Có thể giúp đánh giá chính xác người có anti-HBe (+)
- Có thể điều chỉnh để sử dụng ở các điểm Point of Care giúp theo dõi điều trị viêm gan B ở những nơi không sẵn có HBV DNA
- Góp phần đánh giá nguy cơ phát triển HCC

Tuy nhiên, chưa sẵn có ở nhiều nơi, và cần thêm các nghiên cứu để đánh giá thêm



Các XN mới – HBV RNA

- Tương tự HBcrAg, là chỉ dấu của phiên mã cccDNA
- Lợi ích tiềm năng để cải thiện sự phân tầng nguy cơ
- Sự suy giảm HBV RNA có thể dự đoán sự thoái triển xơ hóa ở những người đang được điều trị
- Dự đoán mức độ nghiêm trọng tình trạng tái phát. Có khả năng xác định những người có nguy cơ tái phát cao hơn sau khi ngừng NA
- Trong trường hợp đang điều trị NA, khi HBV DNA không phát hiện, chỉ dấu này cung cấp dữ liệu bổ sung để dự đoán các giai đoạn khác nhau của VGVR B mạn và kết điểm điều trị
- Có thể giúp đánh giá chính xác người có anti-HBe (+)

Tuy nhiên, chưa sẵn có ở nhiều nơi, và cần thêm các nghiên cứu để đánh giá thêm



Định lượng HBsAg

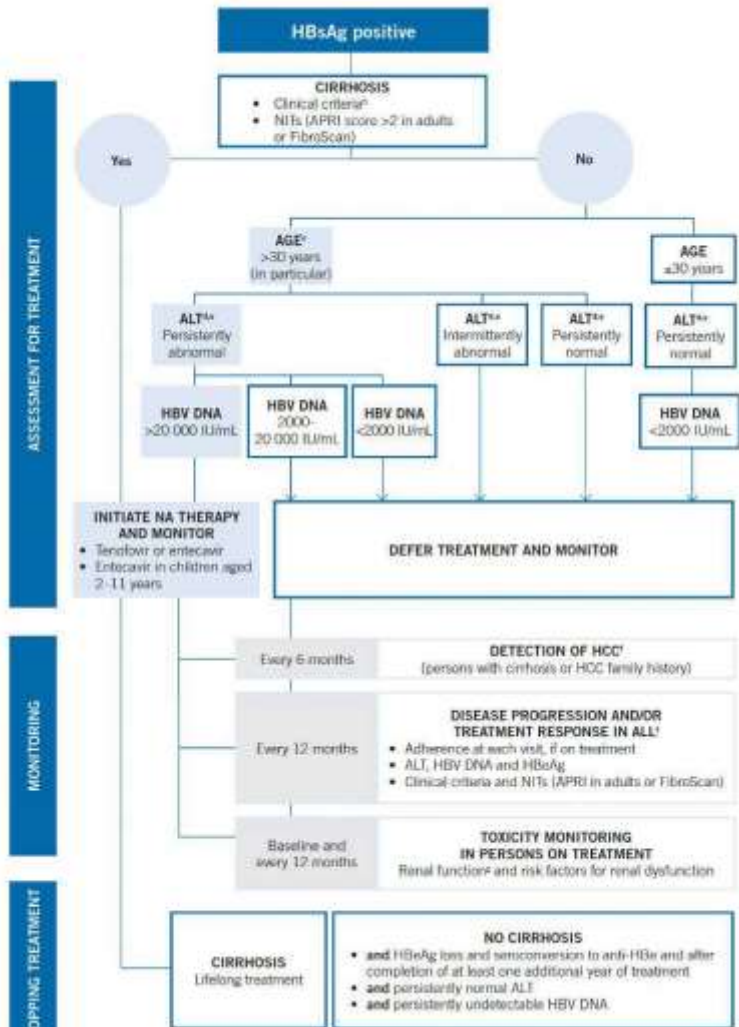
- Tương quan với HBV DNA tích hợp hơn là cccNDA
- Có thể sử dụng thay thế cho XN HBV DNA trong theo dõi điều trị VGB
- HBsAg định lượng vào cuối quá trình điều trị dự đoán tình trạng mất HBsAg hoặc tái phát sau khi ngừng điều trị NA (dự đoán tốt hơn ở người da trắng)

Tiêu chuẩn điều trị và phác đồ điều trị



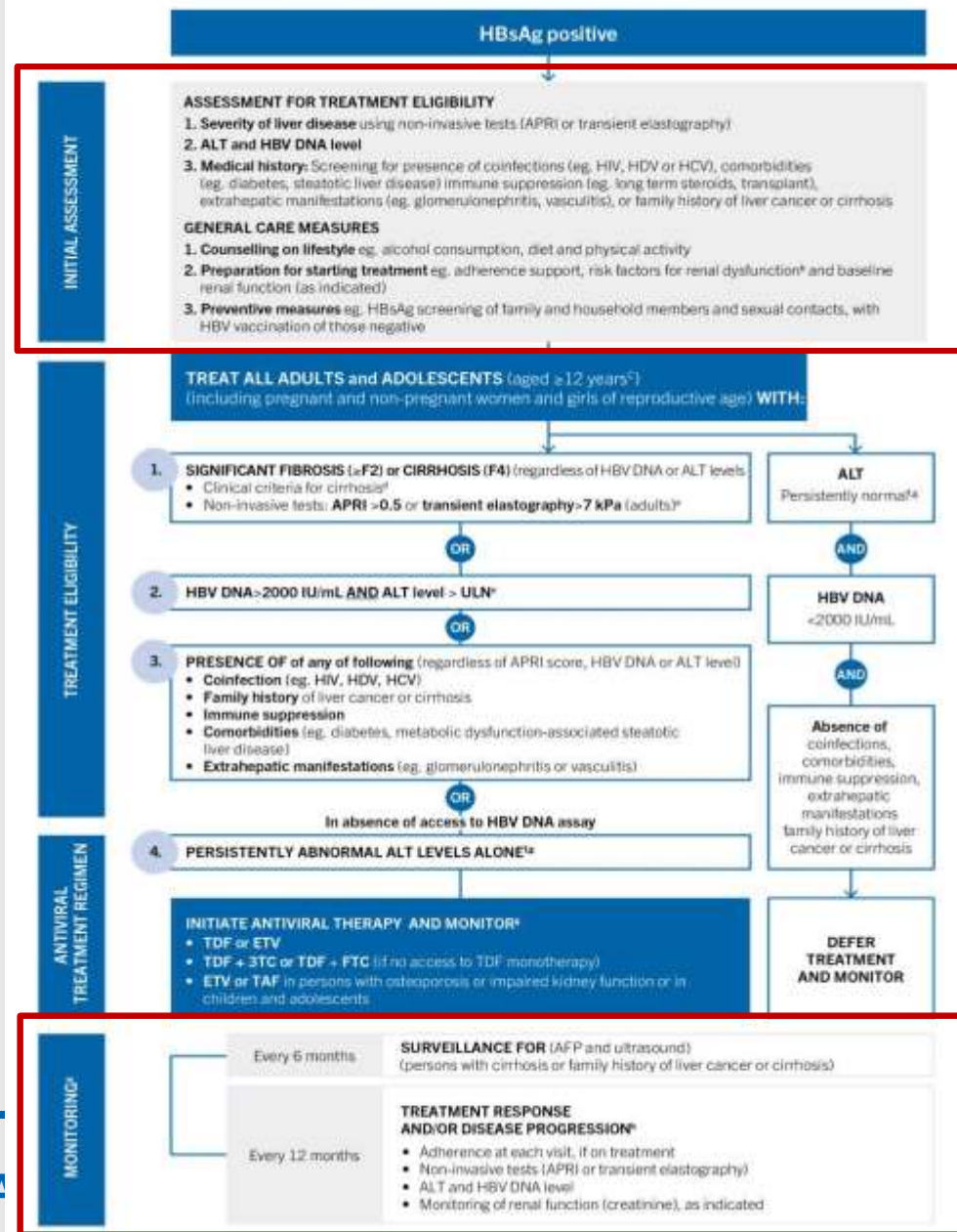
2015

ALGORITHM OF WHO RECOMMENDATIONS ON THE MANAGEMENT OF PERSONS WITH CHRONIC HEPATITIS B INFECTION*



2024 – NEW

ALGORITHM FOR ASSESSMENT, TREATMENT AND MONITORING OF PEOPLE WITH CHRONIC HEPATITIS B INFECTION*



Khuyến cáo – Ai cần điều trị?

Khuyến cáo điều trị cho tất cả **người lớn và thanh thiếu niên (≥ 12 tuổi)** mắc bệnh viêm gan B mãn tính (bao gồm cả phụ nữ mang thai, trẻ em gái và phụ nữ trong độ tuổi sinh sản) với :

1

Có bằng chứng xơ hóa gan ($\geq F2$) dựa trên **APRI >0.5 hoặc độ đàn hồi thoáng qua (Fibroscan) >7 kPa** hoặc có bằng chứng xơ gan (F4) dựa trên tiêu chuẩn LS (hoặc APRI >1 hoặc Fibroscan >12.5 kPa), bất kể mức HBV DNA hoặc ALT (*Adults: Strong/Mod, Adolescents Strong/Low*)

20-25%
of HBsAg +

HOẶC

2

HBV DNA >2000 IU/mL và mức ALT trên giới hạn trên của mức bình thường (ULN) (30 U/L đối với nam và bé trai và 19 U/L đối với nữ và bé gái). Đối với thanh thiếu niên, ALT $>ULN$ phải xảy ra ít nhất 2 lần trong thời gian 6 đến 12 tháng. (*Adults: Strong/high; [HBV DNA $>20\ 000$ IU/mL] & Low [HBV DNA 2000–20 000]; Adolescents: Conditional/Low*)

20-35%
of HBsAg
+ve

HOẶC

3

Sự hiện diện của các bệnh đồng nhiễm (như HIV, HDV hoặc HCV), tiền sử GD mắc HCC hoặc xơ gan; Ức chế MD (như sử dụng steroid lâu dài, ghép tạng hoặc tế bào gốc); bệnh đi kèm (như bệnh ĐTĐ hoặc MAFLD); hoặc các biểu hiện ngoài gan như viêm cầu thận hoặc viêm mạch) **bất kể điểm APRI hay nồng độ HBV DNA hoặc ALT.** (*Adults: Strong/Mod; Adolescents: Conditional/Low*)

5-8% of
HBsAg
+ve

HOẶC

4

Trong trường hợp không được tiếp cận xét nghiệm HBV DNA: Chỉ riêng mức ALT bất thường kéo dài (được định nghĩa là hai giá trị ALT trên ULN trong không xác định trong thời gian 6 đến 12 tháng), bất kể điểm APRI (*Adults and adolescents: Conditional/very Low*)

20% of
HBsAg
+ve

WHO 2024

ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN VR B MẠN

TIÊU CHUẨN ĐIỀU TRỊ

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

ĐIỀU TRỊ CHO TẤT CẢ NGƯỜI LỚN VÀ THANH THIẾU NIÊN (tuổi ≥ 12) (bao gồm cả thai phụ, nữ giới chưa có thai trong độ tuổi sinh sản) VỚI:

1. **XƠ HÓA GAN ĐÁNG KỂ ($\geq F2$)** hoặc **XƠ GAN (F4)** (bất kể nồng độ HBV DNA hoặc ALT)
- Xơ gan theo tiêu chuẩn lâm sàng
 - Test không xâm nhập: APRI >0.5 hoặc đo độ đàn hồi gan >7 kPa (với người lớn)

Hoặc

2. HBV DNA >2000 IU/mL **VÀ** nồng độ ALT $>$ mức bình thường

Hoặc

3. **CÓ BẤT KỲ TIÊU CHUẨN NÀO SAU ĐÂY (bất kể nồng độ ALT, HBV DNA và điểm APRI):**
- Đồng nhiễm (ví dụ HIV, HCV, HDV..)
 - Tiền sử gia đình xơ gan/ung thư gan
 - Suy giảm miễn dịch
 - Bệnh nền: ví dụ đái tháo đường, bệnh gan nhiễm mỡ do rối loạn chuyển hóa
 - Biểu hiện ngoài gan: viêm cầu thận, viêm mạch

Hoặc

Không Xét nghiệm được HBV DNA

4. Tăng ALT dai dẳng

ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU VÀ THEO DÕI

- TDF hoặc ETV
- TDF + 3TC hoặc TDF + FTC (nếu không đáp ứng với đơn trị liệu TDF)
- ETV hoặc TAF ở người có bệnh lý xương hoặc suy giảm chức năng thận, hoặc ở trẻ em và thanh thiếu niên

ALT
Luôn bình thường

VÀ

HBV DNA
 <2000 IU/mL

VÀ

KHÔNG CÓ: đồng nhiễm, bệnh nền, tình trạng suy giảm miễn dịch, biểu hiện ngoài gan, tiền sử gia đình HCC hoặc xơ gan

TRÌ HOÃN ĐIỀU TRỊ
VÀ THEO DÕI

Khuyến cáo và cơ sở lý luận – Liệu pháp kháng vi rút đầu tay

Cập nhật khuyến cáo

- Phác đồ đầu tay: tenofovir disoproxil fumarate (TDF) hoặc entecavir (ETV)
- Phác đồ thay thế TDF + lamivudine (3TC) và TDF + emtricitabine (FTC) (nơi không sẵn có TDF đơn trị liệu).

(strong recommendation, moderate-certainty evidence)

Khuyến cáo mới:

- Entecavir (ETV) hoặc tenofovir alafenamide fumarate (TAF) được ưu tiên dùng cho người loãng xương hoặc suy giảm chức năng thận và
- Cho trẻ em và thanh thiếu niên (ETV cho trẻ ≥ 3 tuổi và TAF cho trẻ ≥ 12 tuổi)

(strong recommendation, moderate-certainty evidence)

Evidence-base and Rationale

Systematic review of 5 RCTs of TAF vs. TDF

- Similar outcomes for undetectable HBV DNA.
- No differences in adverse events- TAF less decline in renal function and BMD but changes small (1-3%)
- Limited evidence on effects on clinical outcomes.

Systematic review of 5 RCTs of dual therapy

(TDF+FTC) vs. TDF monotherapy

- Similar outcomes (HBV DNA suppression, ALT normalisation, HBsAg and eAg loss, and adverse events)

- **Expanding access through dual therapy:** In countries with limited availability of TDF monotherapy esp. LMICs/SSA - use of dual therapy available through HIV/ART programmes may expand treatment access

Khi nào dừng trị và khởi trị lại?

- Điều trị suốt đời với người xơ gan
- Với người không xơ gan: cân nhắc dừng trị nếu người bệnh có thể được theo dõi cẩn thận trong thời gian dài về tình trạng tái hoạt
 - Mất HBsAg: điều trị thêm 1 năm bổ sung rồi ngưng
 - Chuyển đảo HBeAg từ dương sang âm, kèm HBV DNA không phát hiện, ALT bình thường: điều trị thêm 1 năm bổ sung rồi ngưng
- Tái phát thường xảy ra sau khi ngừng điều trị bằng NA. Khuyến cáo nên điều trị lại nếu có các dấu hiệu tái hoạt liên tục: HBsAg hoặc HBeAg trở nên dương tính, mức ALT tăng hoặc HBV DNA lại có thể phát hiện được (nếu có xét nghiệm HBV DNA)

Giống tiêu chí hướng dẫn của WHO năm 2015

Dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con



Khuyến cáo – Dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con

Cập nhật khuyến cáo

Ở nơi sẵn có XN HBV DNA và/hoặc HBeAg, *Khuyến cáo dự phòng TDF cho thai phụ có HBsAg (+) với HBV DNA ≥ 200.000 IU/mL hoặc HBeAg dương tính

(strong recommendation, moderate-certainty evidence)

Khuyến cáo mới 2024

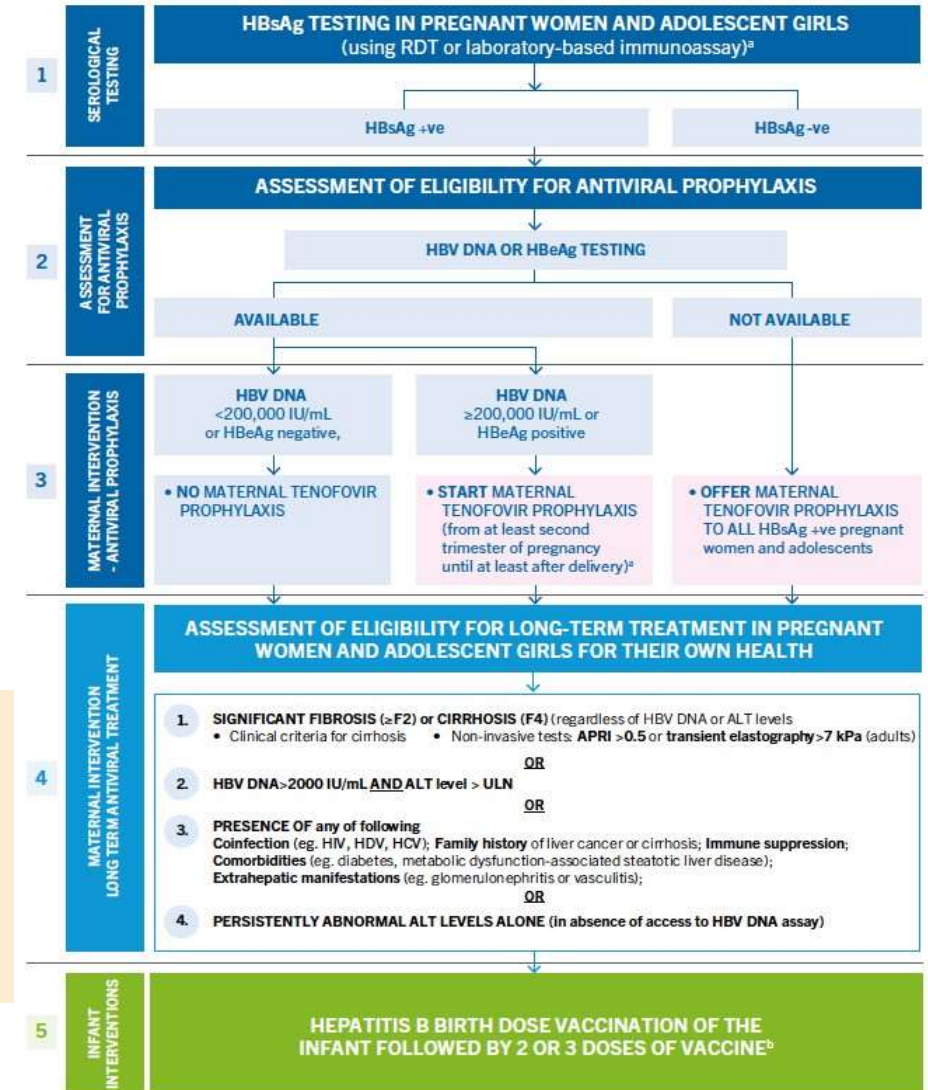
Ở những nơi không XN được HBV DNA hoặc HBeAg, *Dự phòng TDF cho tất cả các thai phụ có HBsAg (+)

(conditional recommendation, low-certainty evidence)

*thời gian dự phòng: Tốt nhất là từ tam cá nguyệt thứ hai của thai kỳ cho đến ít nhất là khi sinh hoặc hoàn thành loạt vắc-xin HBV cho trẻ sơ sinh), để ngăn ngừa lây truyền HBV từ mẹ sang con

Tất cả các biện pháp can thiệp nên được thực hiện, hoàn thành ba liều vắc-xin viêm gan B cho tất cả trẻ sơ sinh, bao gồm cả liều tiêm ngay khi sinh..

ALGORITHM ON USE OF ANTIVIRAL PROPHYLAXIS FOR PREVENTION OF MOTHER-TO-CHILD TRANSMISSION IN PREGNANT WOMEN AND ADOLESCENT GIRLS WITH CHB AND ASSESSMENT OF TREATMENT ELIGIBILITY FOR THEIR OWN HEALTH



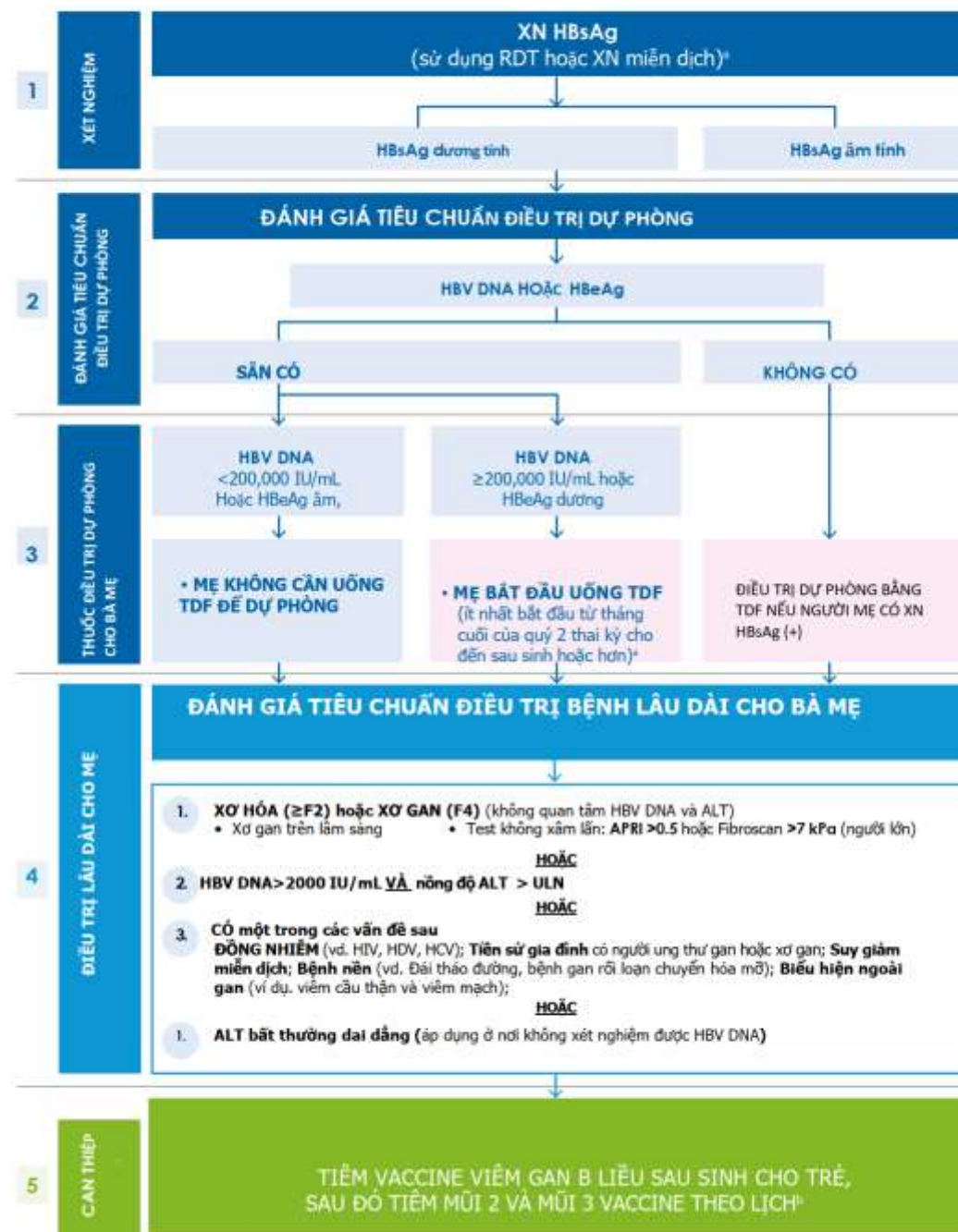
WHO 2024

DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN HBV TỪ MẸ SANG CON

HBIG (if available) is also offered mainly in high income settings for infants born to HBsAg positive mothers, especially with high HBV DNA.



DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN HBV TỪ MẸ SANG CON VÀ ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG ĐIỀU TRỊ



8 Phương pháp chính – Cung cấp dịch vụ cho đáp ứng sức khỏe cộng đồng

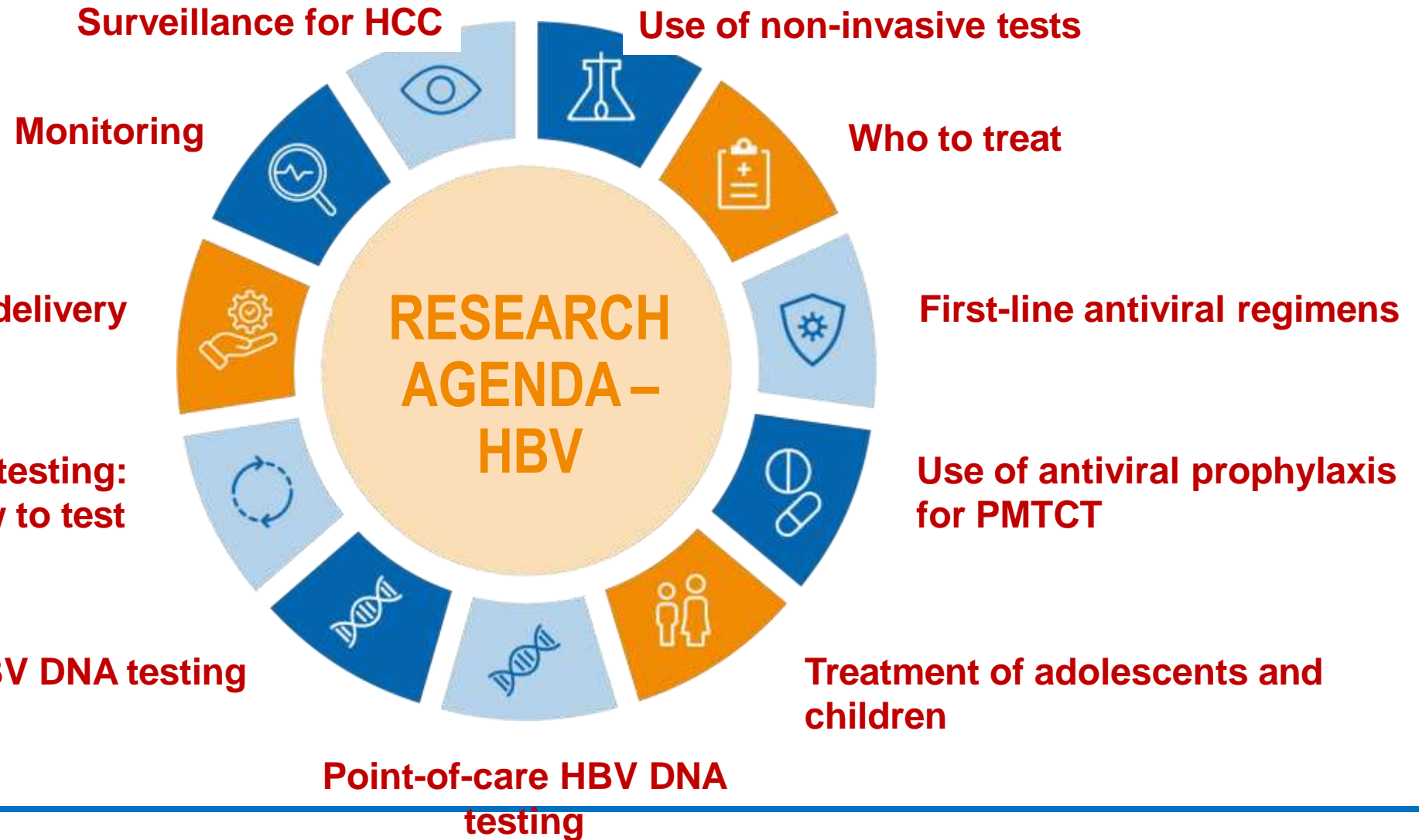
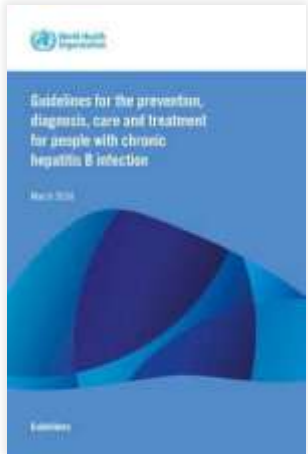
1. Các chiến lược tăng cường **LIÊN KẾT** từ xét nghiệm đến chăm sóc, điều trị và phòng ngừa: ví dụ: hỗ trợ, sử dụng giọt máu khô để tạo điều kiện cho việc xét nghiệm (WHO 2017 testing guidelines)
2. Các chiến lược thúc đẩy và duy trì **SỰ TUÂN THỦ LÂU DÀI** đối với phương pháp điều trị bằng thuốc kháng vi-rút: ví dụ như sử dụng cố vấn đồng đẳng, nhắc nhở qua tin nhắn, liệu pháp hành vi nhận thức, câu lạc bộ
3. Các chiến lược thúc đẩy việc **GIỮ LẠI SỰ CHĂM SÓC** và theo dõi cũng như tái kết nối những người không tham gia chăm sóc: ví dụ như tư vấn, hỗ trợ của bạn bè và gia đình, theo dõi bệnh nhân
4. **TÍCH HỢP** xét nghiệm, chăm sóc và điều trị viêm gan với các dịch vụ khác (ví dụ: dịch vụ HIV và chăm sóc ban đầu) để tăng hiệu quả và phạm vi tiếp cận của các dịch vụ viêm gan
5. Các dịch vụ xét nghiệm và điều trị **PHÂN TỔNG** tại các cơ sở y tế ban đầu hoặc phòng khám HIV/ART nhằm thúc đẩy khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc (được tạo điều kiện thông qua phương pháp chia sẻ nhiệm vụ/chăm sóc phân biệt).
6. **CHIA SẺ NHIỆM VỤ**, được hỗ trợ bằng cách đào tạo và cố vấn cho nhân viên y tế và đồng nghiệp
7. **CHĂM SÓC KHÁC BIỆT** với việc đánh giá nhu cầu chăm sóc ở mức độ nào đó và giới thiệu chuyên gia phù hợp cho những người có vấn đề phức tạp
8. **SỰ THAM GIA CỦA CỘNG ĐỒNG** và hỗ trợ ngang hàng để thúc đẩy khả năng tiếp cận các dịch vụ và liên kết với chuỗi chăm sóc, bao gồm giải quyết vấn đề kỳ thị và phân biệt đối xử



Table 15.1 Potential differentiated care needs and approaches to managing CHB

Who? Category of people with hepatitis B	What? Care needs	Where? Site	By whom? Caregiver
Clinically well and stable on treatment. Clinically well and not yet requiring treatment	Standard care package: counselling, adherence support, treatment initiation and monitoring	Facility-based, including primary care or community-based settings, and mobile or outreach	Physician or nurse
Advanced liver disease or serious comorbidities, HCC or previous treatment failure	Requiring more intensive clinical support and follow-up: management of liver-related complications (for example, variceal bleed, ascites, encephalopathy and regular HCC surveillance or treatment)	Facility-based: hospital	Physician
Mental health problems, people who inject drugs or engage in alcohol misuse, adolescents and migrants	Requiring more intensive psychosocial or mental health support or intercultural and language support	Can be facility-based or community-based, harm-reduction site	Physician and counsellor or peer support

Chương trình nghiên cứu và cần nhắc áp dụng



KẾT LUẬN

- Hướng dẫn điều trị viêm gan VR B mới của WHO 2024: hướng tới tiếp cận 50% người bệnh VGVRB mạn
- Tiêu chuẩn điều trị mở rộng hơn,
- Đơn giản hóa chẩn đoán và việc cung cấp dịch vụ
- Viêm gan B mặc dù không chữa khỏi triệt để nhưng có thể chữa khỏi chức năng và hoàn toàn có thể kiểm soát được bệnh bằng uống thuốc kháng vi rút lâu dài.



THANK YOU FOR YOUR ATTENTION!



VIET NAM NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES