



MỘT SỐ ĐIỂM MỚI CỦA BỘ Y TẾ 2026 VỀ “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị viêm gan vi rút B”



PGS. BS. Phạm Thị Thu Thủy; BS. Phạm Công Chánh; BS. Phù Dung Thái Biểu; BS. Phan Hữu Bội Hoàn; BS. Hồ Tấn Đạt.

Khoa GAN, MEDIC, TP. Hồ Chí Minh.

<https://luatvietnam.vn/y-te/quyet-dinh-1740-qd-byt-2026-huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-viem-gan-vi-rut-b-437918-d1.html>

Đặt vấn đề.

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN VI RÚT B

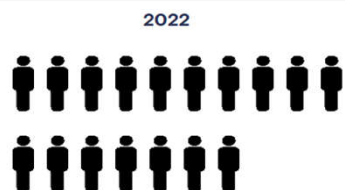
(Ban hành kèm theo Quyết định số 1740/QĐ-BYT ngày 16/6/2026 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. ĐẠI CƯƠNG

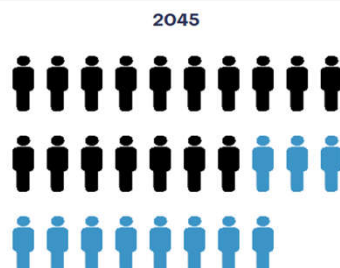
Viêm gan vi rút B (Viêm gan B) là bệnh truyền nhiễm phổ biến trên toàn cầu, do vi rút viêm gan B (HBV) gây ra. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, ước tính năm 2022 có khoảng 254 triệu người nhiễm HBV mạn trên toàn cầu; 1,2 triệu người nhiễm HBV mới hàng năm; 1,1 triệu trường hợp tử vong, chủ yếu là do xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan (HCC)^{1,2}. HBV lây nhiễm qua đường máu, quan hệ tình dục và từ mẹ sang con. Tại Việt Nam, đường lây chủ yếu là từ mẹ truyền sang con. Tỷ lệ lưu hành HBsAg trong cộng đồng dân cư ≥ 18 tuổi là 9,4%². Hiện nay, tỉ lệ người nhiễm HBV được phát hiện và điều trị còn thấp, số tử vong liên quan đến viêm gan B còn cao.

I. CƠ SỞ LÝ LUẬN CỦA HƯỚNG DẪN HBV MỚI

Estimated number of new cases from 2022 to 2045, Both sexes, age [0-85+]
Liver and intrahepatic bile ducts
World

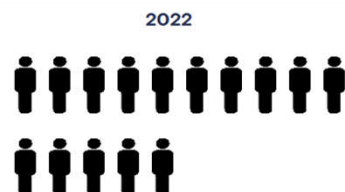


866k

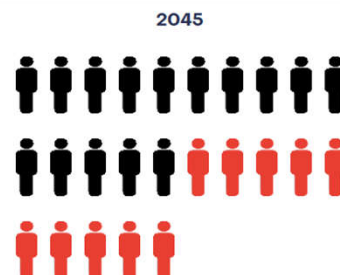


1.41M

Estimated number of deaths from 2022 to 2045, Both sexes, age [0-85+]
Liver and intrahepatic bile ducts
World



759k



1.26M

International Agency for Research on Cancer



World Health
Organization



CANCER
TOMORROW

Dự báo từ 2022—2045 đều tăng số ca mới và tăng tỉ lệ tử vong do ung thư gan & đường mật ở cả 2 giới.



Cancer Tomorrow | IARC - <https://gco.iarc.who.int> . Data version: Globocan 2022 (version 1.1) - 08.02.2024.

https://gco.iarc.who.int/tomorrow/en/dataviz/isotype?cancers=11&single_unit=50000&types=1.



APASL 2026

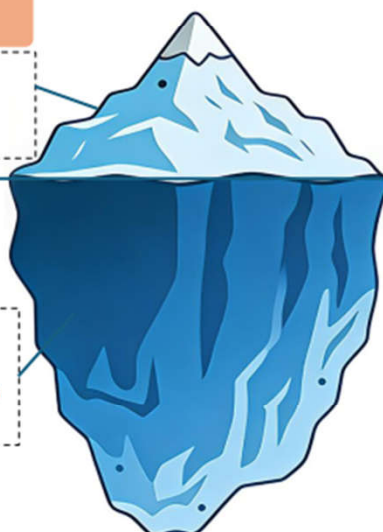
Treatment strategies

5.4 Should treatment be initiated in CHB patients at earlier fibrosis stages or specific groups that do not meet traditional treatment initiation criteria?

Rationale

- ✓ Clinically stable
- ✓ Age <40
- ✓ Low viral load

- Ongoing necroinflammation
- Fibrosis
- Progression toward cirrhosis or HCC



Why intervene?

- Antiviral response is strong - **early intervention works**
- Peg-IFN- α Therapy: up to 35% HBsAg loss (large Chinese cohort).

Patients with CHB

- HBsAg ≥ 100 IU/mL (even with DNA <2000) = Higher HCC risk
- HBsAg ≥ 1000 IU/mL = 3.6-fold greater HCC risk vs. <100 IU/mL
- Low-level viraemia / HBsAg loss: remain at risk (annual HCC ~0.86%)

Solution: **"Treat-all"**

- NUCs now potent, safe, affordable, and widely available
- **Clinically justified & cost-effective** to treat earlier fibrosis and low viraemia
- **2030 Goal**



APASL
Viral Elimination
Task Force



BỘ Y TẾ

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

Số: 1740 /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 16 tháng 6 năm 2026



QUYẾT ĐỊNH

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



**World Health
Organization**

2024



2025



2025



2026

2023



2024



Canadian Association
for the Study of the Liver

2025



II. MỘT SỐ ĐIỂM MỚI CỦA BỘ Y TẾ 2026 VỀ VIÊM GAN VI RÚT B

1 – Xét nghiệm chẩn đoán người nhiễm HBV.

Các xét nghiệm cần làm: HBsAg, anti-HBs, anti-HBc (nếu có điều kiện)⁶; tối thiểu phải thực hiện HbsAg⁵.



2 – Diễn giải xét nghiệm “ bộ 3 ” của chẩn đoán HBV .

Bảng 1. Phiên giải các kết quả xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HBV^{5,6}

Lưu ý:

- Với người có HBsAg dương tính: cần tư vấn và kết nối người bệnh đến cơ sở quản lý và điều trị bệnh;
- Với người có HBsAg âm tính: nên làm xét nghiệm anti-HBc và anti-HBs (nếu trước đó chưa làm) để tư vấn các biện pháp phòng bệnh.

CHI TIẾT & RÕ RÀNG

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

HBV infection status based on triple panel testing, stratifying by gender.

2023 – 2025: 118,141 subjects in the study.

		Total	%	Female	%	Male	%	
	Triple panel	118141	100%	65573	55.5%	52568	44.5%	p-value*
At risk	HBsAg (-) Anti-HBs (-) Anti-HBc (-)	37288	31.6%	21474	32.7%	15814	30.1%	<0.0001
Immunization (vaccinated)	HBsAg (-) Anti-HBs (+) Anti-HBc (-)	28697	24.3%	16660	25.4%	12037	22.9%	<0.0001
Resolved infection (pass infected)	HBsAg (-) Anti-HBs (+) Anti-HBc (+)	37412	31.7%	20481	31.2%	16931	32.2%	<0.0001
iAHBc	HBsAg (-) Anti-HBs (-) Anti-HBc (+)	7356	6.2%	3501	5.3%	3855	7.3%	<0.0001
Current infection	HBsAg (+)	7388	6.3%	3457	5.3%	3931	7.5%	<0.0001

*Chi-squared test for comparing distribution between male and female

3 – Chẩn đoán xơ hóa gan.

Đánh giá xơ hóa gan bằng các phương pháp không xâm lấn	
- APRI - FIB-4 - FibroScan - M2BPGi^{13,14} (nếu có điều kiện)	24- 48 tuần/lần (có thể làm 1- 2 phương pháp đánh giá tùy theo điều kiện của cơ sở y tế). Đánh giá mức độ xơ hóa gan chỉ nên thực hiện khi bệnh nhân không trong giai đoạn viêm gan cấp hoặc đợt bùng phát. (ALT < 5 ULN).

- Các xét nghiệm đánh giá tình trạng xơ hóa gan, xơ gan: (xem Phụ lục 2).
- + Đánh giá bằng các phương pháp không xâm lấn như áp dụng các chỉ số APRI, M2BPGi, FIB-4, FibroTest ... hay siêu âm độ đàn hồi gan (đo độ đàn hồi gan thoáng qua, siêu âm đàn hồi điểm, siêu âm đàn hồi 2D hay MRE...).
- Bằng chứng xơ hóa gan đáng kể ($\geq$ F2): ví dụ APRI > 0,5 hoặc FibroScan >7 kPa.
- Chẩn đoán xơ gan dựa vào triệu chứng lâm sàng và/hoặc kết quả đánh giá xơ hóa gan là F4: ví dụ APRI > 1 hoặc FibroScan >12,5 kPa.
- + Đánh giá xơ gan còn bù hoặc mất bù dựa vào phân loại Child-Pugh: Child-Pugh A là xơ gan còn bù; Child-Pugh B, C là xơ gan mất bù.

PHỤ LỤC 2. ĐÁNH GIÁ CÁC GIAI ĐOẠN ĐỘ XƠ HÓA GAN VÀ XƠ GAN³

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1740/QĐ-BYT ngày 16 tháng 6 năm 2026 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Xơ hóa gan gồm 4 giai đoạn (F0→4) theo phân loại Metavir trên mô học

Các mức độ xơ hóa gan gồm

- Không xơ hóa gan hoặc xơ hóa rất nhẹ: F0-F1
- Xơ hóa đáng kể (significant fibrosis): $F \geq 2$
- Xơ hóa tiến triển (advanced fibrosis): $F \geq 3$
- Xơ gan (cirrhosis): F4

1. Đo độ đàn hồi gan (ví dụ FibroScan)

F0-1: $\leq 7,0$ Kpa

F3 : $> 9,5$ và $\leq 12,5$ KPa

F2: $>7,0$ và $\leq 9,5$ Kpa

F4 : $> 12,5$ Kpa

2. Chỉ số APRI

$$APRI = \frac{AST \times 100 / AST (ULN)^*}{\text{Tiểu cầu } (10^9/l)}$$

F0 - F1 : $\leq 0,5$

F2 - F3 : $> 0,5$ và ≤ 1

* ULN (upper limit of normal-giới hạn trên của mức bình thường): quy ước ULN của AST là 40 U/L hoặc theo trị số của phòng xét nghiệm

F0-1: $< 0,79$ C.O.I

F3 : $1.14 - < 1,3$ C.O.I

F2: $0,79 - < 1,14$ C.O.I

F4 : $\geq 1,3$ C.O.I

F4 : >1 3. Chỉ số M2BPGi^{13,14}

4 – Tầm soát phát hiện sớm biến chứng HCC.

- Lưu ý mọi trường hợp nhiễm HBV dù chưa điều trị, đang điều trị hay đã ngưng điều trị đều cần phải xét nghiệm phát hiện sớm HCC 12-24 tuần/lần bằng siêu âm ổ bụng và các chỉ dấu ung thư gan (AFP và/hoặc AFP-L3 và/hoặc PIVKA II)¹⁵. Nếu nghi ngờ u gan trên siêu âm hoặc bất thường về các chỉ dấu ung thư gan thì chụp cắt lớp vi tính bụng có chất cản quang hoặc cộng hưởng từ bụng có chất tương phản từ.

- *Các xét nghiệm phát hiện sớm biến chứng:*

+ Ung thư biểu mô tế bào gan: Xét nghiệm các chỉ dấu ung thư gan như AFP, PIVKA II, AFP-L3 và các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh như siêu âm ổ bụng, chụp cắt lớp gan mật và cộng hưởng từ gan mật. Trường hợp có ung thư biểu mô tế bào gan: các chỉ dấu ung thư gan có thể tăng; siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ vùng bụng có hình ảnh khối u gan.

5 – Chỉ định điều trị HBV: MỞ RỘNG.

Giới hạn trên của mức bình thường
đối với ALT được xác định:

- 30 U/L đối với nam.
- 19 U/L đối với nữ.

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

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

- Xơ hóa gan đáng kể ($\geq F2$: ví dụ APRI $> 0,5$, FibroScan > 7 kPa) hoặc xơ gan (triệu chứng lâm sàng xơ gan và/hoặc xơ hóa F4: ví dụ APRI > 1 , FibroScan $> 12,5$ kPa) (không phụ thuộc tải lượng HBV DNA hoặc nồng độ ALT).

Hoặc

- Tải lượng HBV DNA > 2000 IU/mL và ALT $>$ giới hạn trên của mức bình thường. Đối với vị thành niên ALT $>$ giới hạn trên của mức bình thường ít nhất 2 lần trong 6-12 tháng.

Hoặc

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

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

Hoặc

- Trường hợp không đo được tải lượng HBV DNA:

Chỉ định điều trị khi ALT $>$ giới hạn trên của mức bình thường kéo dài trong 6- 12 tháng, không phụ thuộc độ xơ hóa gan.

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN B 2026: CHỦ ĐỘNG BẢO VỆ GAN, KHÔNG ĐỢI "ĐỦ NẶNG" MỚI CHỮA



Tư Duy Cũ (2019): Chờ Đợi Tổn Thương Rõ Rệt

Ngưỡng điều trị cao, chờ đợi diễn tiến



Nam giới: 35 U/L



Nữ giới: 25 U/L

Nam giới:
35 U/L



Nữ giới:
25 U/L



Rào cản
nồng độ virus:

Giới hạn
20.000 IU/mL
cho nhóm
HBeAg (+)

Bản 2019



New:

Tư Duy Mới (2026): Chủ Động & Cá Thể Hóa



Nam giới: 30 U/L



Nữ giới: 19 U/L

Nam giới:
30 U/L



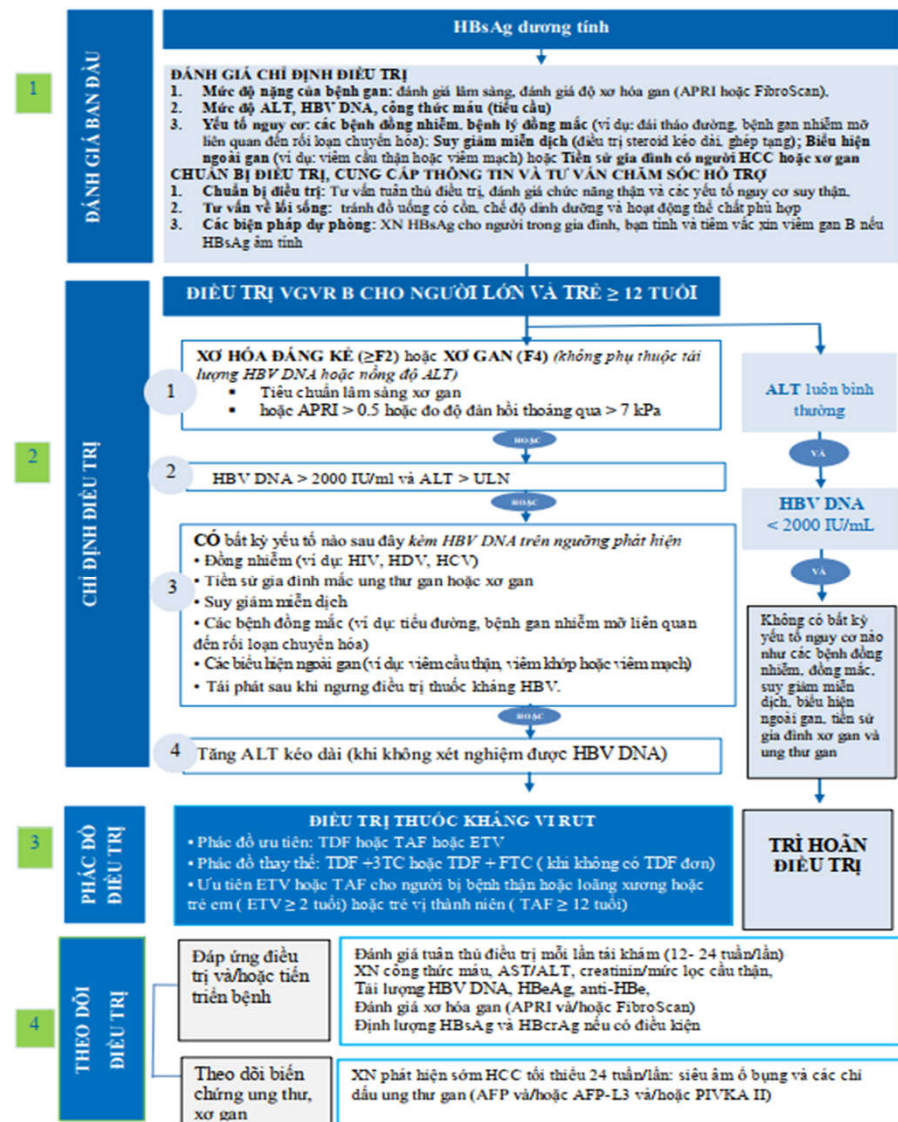
Nữ giới:
19 U/L



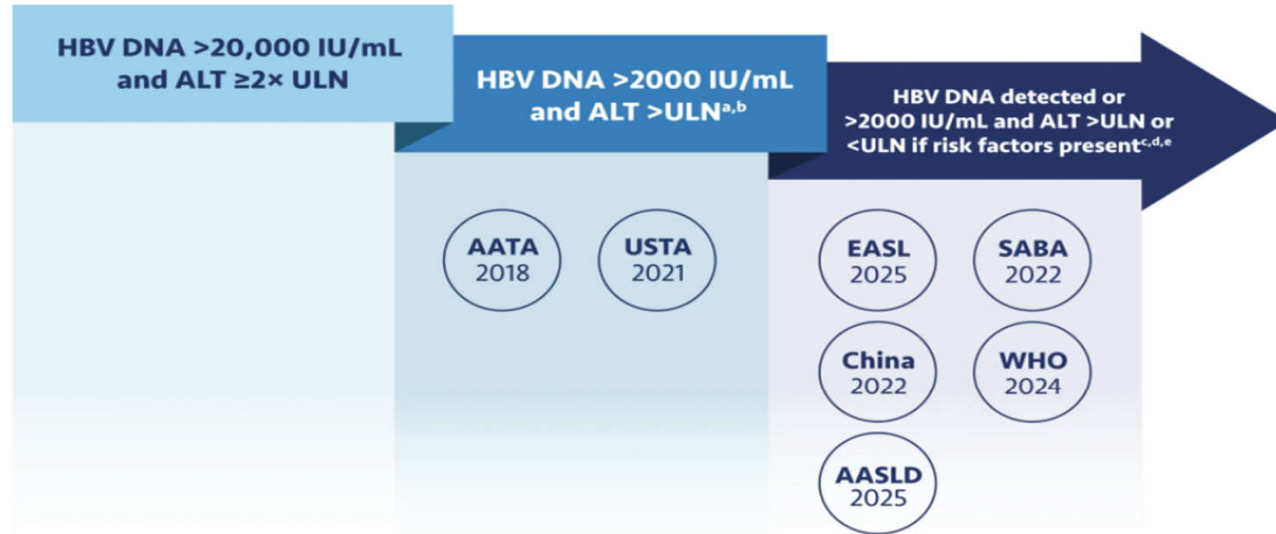
Hạ thấp
ngưỡng điều trị
để bảo vệ gan
sớm hơn

Bản 2026

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



Over time, expert groups have expanded treatment criteria, lowering thresholds for HBV DNA and ALT



In a Korean HBV population modeling study, the **estimated treatment-eligible patient population increased from**

25% $\rightarrow$ 54%^{8,f}

^aAATA recommends treatment for HBeAg+/- if ALT $> \text{ULN}$ or if fibrosis ($\geq \text{F2}$)/other risk factors are present.²

^bUSTA recommends considering treatment based on risk factors for developing HCC, as well as patient's age, lifestyle, and desire to undergo treatment.³

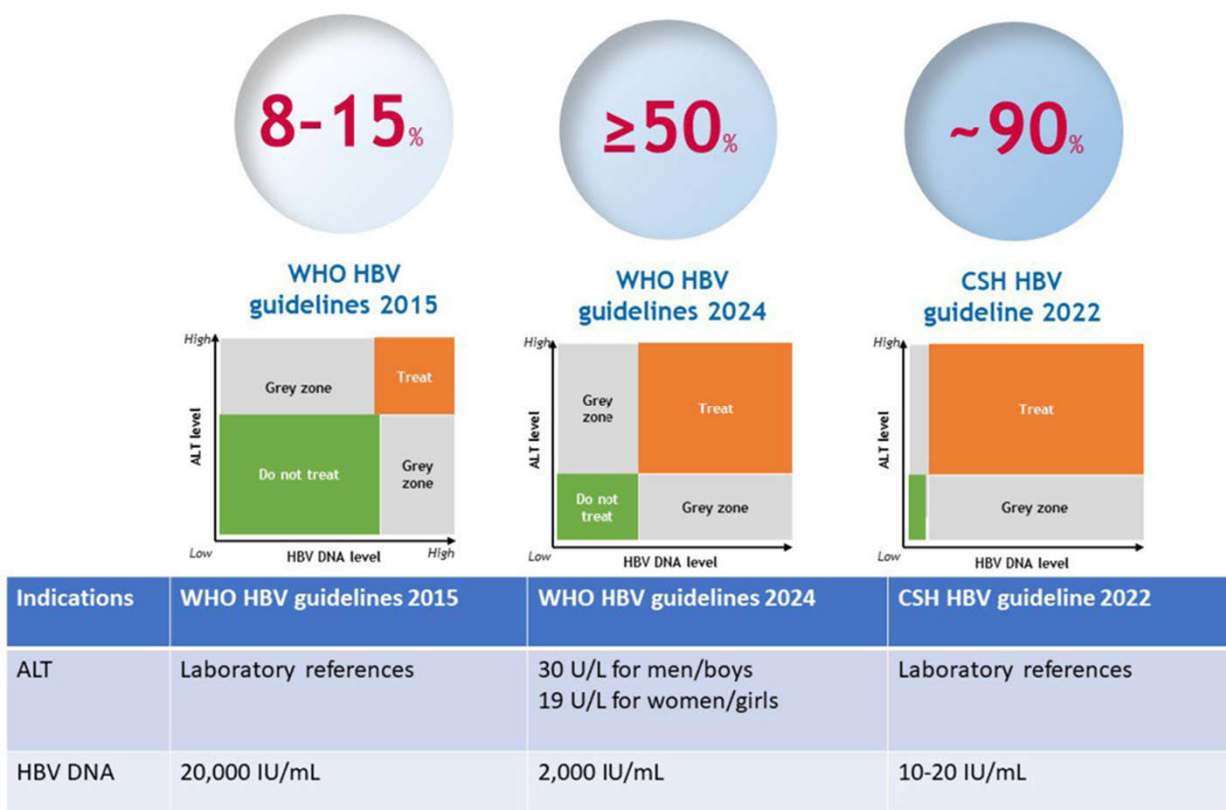
^cSABA recommends treatment for patients <30 years old if they have HBV DNA $>2000 \text{ IU/mL}$ and ALT $> \text{ULN}$.⁴

^dThe China guidelines recommend considering treatment for people with a family history of HBV-related cirrhosis or HCC; age >30 years; or HBV-related extrahepatic manifestations.⁵

^eFor HBeAg+, AASLD recommends considering treatment for patients with HBV DNA $>10 \text{ million IU/mL}$, ALT $\leq \text{ULN}$, and age ≥ 40 years or fibrosis ($\geq \text{F2}$), or age <40 years based on shared decision-making; or for patients with HBV DNA $\geq 20,000$ to $\leq 10 \text{ million IU/mL}$ and ALT $<2 \times \text{ULN}$, or HBV DNA $>10 \text{ million IU/mL}$ and ALT $1-2 \times \text{ULN}$, based on shared decision-making. For HBeAg-, AASLD recommends considering treatment based on shared decision-making for patients with HBV DNA $\geq 2000 \text{ IU/mL}$ and ALT $<2 \times \text{ULN}$ or patients with HBV DNA $<2000 \text{ IU/mL}$ and ALT $> \text{ULN}$.⁷

^fAn estimate of untreated patients with chronic hep B who would be eligible for treatment per outlined criteria. Lim et al populated a fully dynamic transmission and Markov disease burden model with historical Korean-specific background population, mortality, and epidemiologic HBV data to track the distribution of HBsAg across sex, age, year, disease stage, and viral load. Using the PRoGreSs model, 4 scenarios were examined to assess the future impact of different treatment rates and eligibility requirements compared with the current treatment paradigm. The study was funded in part by Gilead Sciences, Inc.⁸

Proportions of patients who need or do not need antiviral treatment, and the patients who fall into 'grey zone' for treatment indications



ALT = alanine aminotransferase; CSH = Chinese Society of Hepatology;
WHO = World Health Organisation.

Grace Lai-Hung Wong. Journal of Viral Hepatitis, 2024; 31(Suppl. 2):13–22

Bảng 3. Các thuốc kháng vi rút viêm gan B cho người ≥ 12 tuổi

Tên thuốc	Liều người lớn và lưu ý	Tác dụng phụ
Tenofovir disoproxil fumarate 300 mg (TDF)	- 300 mg/ngày - Đối với người có suy thận: điều chỉnh liều theo mức lọc cầu thận (<i>Phụ lục 4</i>)	- Bệnh thận, hội chứng Fanconi, hội chứng loãng xương, nhiễm toan lactic - Tránh dùng cho người bệnh có mức lọc cầu thận <50 ml/phút; hoặc được chẩn đoán xác định loãng xương; hoặc người có các yếu tố nguy cơ cao gây rối loạn chức năng thận như tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng các loại thuốc gây độc với thận, tuổi cao, nhẹ cân (<50 kg).
Entecavir 0,5 mg, 1 mg (ETV)	- 0,5 mg/ngày (1 mg/ngày nếu người bệnh từng sử dụng lamivudine hoặc có xơ gan mất bù) - Đối với người có suy thận: điều chỉnh liều theo mức lọc cầu thận (<i>Phụ lục 4</i>)	- Nhiễm toan lactic. - Không dùng cho phụ nữ mang thai.
Tenofovir alafenamide 25 mg (TAF)	- 25 mg/ngày - Không cần giảm liều đối với các trường hợp suy thận nhẹ, vừa và nặng, hoặc chạy thận nhân tạo.	- Có thể chỉ định cho người bệnh <u>xơ gan mất bù</u>. - Có thể gây tăng cân, tăng cholesterol, nhiễm toan lactic. - Không chỉ định cho người bệnh suy thận có mức lọc cầu thận <15 ml/phút mà không được lọc máu/chạy thận nhân tạo.

6 - Điều trị viêm gan B cho trẻ 2-11 tuổi

Mở rộng các thuốc kháng vi rút viêm gan B cho trẻ 2-11 tuổi

Tên thuốc	Liều trẻ em	Tác dụng phụ
Entecavir 0,5 mg, 1 mg (ETV)	Trẻ ≥ 2 tuổi: tính liều theo cân nặng: 0,015 mg/kg mỗi ngày (cao nhất 0,5 mg/ngày)	Nhiễm toan lactic.
Tenofovir disoproxil fumarate 300 mg (TDF)	TDF gói: 8mg/kg/ngày (tối đa 300 mg/ngày) cho trẻ ≥ 2 tuổi ¹	Bệnh thận, hội chứng Fanconi, hội chứng loãng xương, nhiễm toan lactic. Không chỉ định cho trẻ có mức lọc cầu thận <50 ml/phút; hoặc được chẩn đoán xác định loãng xương.
Tenofovir alafenamide 25 mg (TAF)	dùng 25 mg/ngày với trẻ ≥ 6 tuổi và có cân nặng ≥ 25 kg; ¹	Tăng cân, tăng cholesterol, nhiễm toan lactic. Không chỉ định cho trẻ suy thận có mức lọc cầu thận <15 ml/phút mà không lọc máu/chạy thận nhân tạo.
IFN- α -2b	Trẻ ≥ 2 tuổi: 6 triệu đơn vị/m ² x 3 lần/tuần	Các triệu chứng giả cúm, mệt mỏi, rối loạn tâm thần, giảm bạch cầu, chán ăn và sụt cân.

7 - XÉT NGHIỆM VÀ ĐIỀU TRỊ NGĂN NGỪA LÂY TRUYỀN VIÊM GAN B TỪ MẸ SANG CON

d. Phụ nữ mang thai ¹¹

- Đối với phụ nữ mang thai có HBsAg dương tính và chưa điều trị thuốc kháng vi rút, cần đánh giá các tiêu chuẩn điều trị (*xem phần phụ lục 6*):

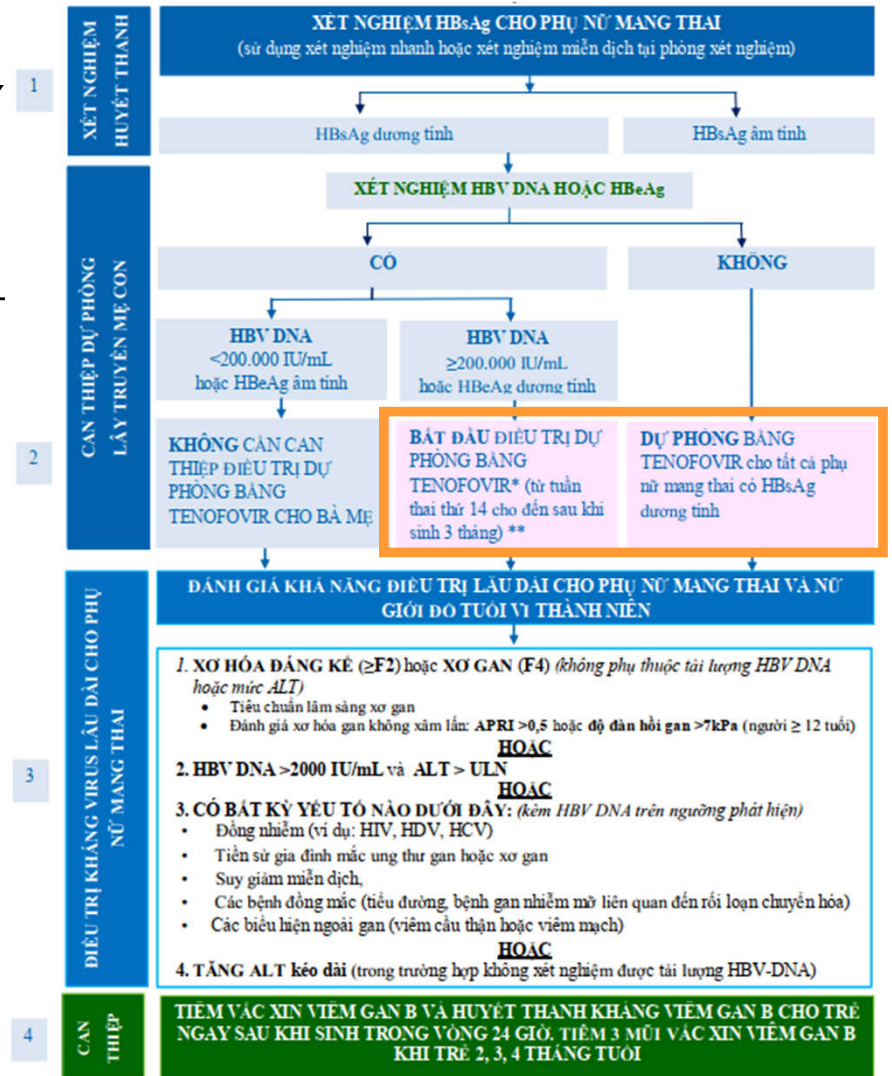
+ Nếu đủ tiêu chuẩn: điều trị bằng TDF hoặc TAF;

+ Nếu chưa đủ tiêu chuẩn: Điều trị TDF hoặc TAF để dự phòng lây nhiễm HBV từ mẹ sang con. (*Xem Quyết định số 678/QĐ-BYT ngày 26/02/2025 của Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn kỹ thuật các can thiệp dự phòng lây truyền HIV, viêm gan B và giang mai từ mẹ sang con.*

- Đối với phụ nữ đang điều trị viêm gan B mạn và muốn có thai, tiếp tục điều trị bằng TDF hoặc TAF. Nếu đang điều trị ETV, chuyển sang TDF hoặc TAF trước khi dự kiến có thai ít nhất 2 tháng.

- Đối với phụ nữ mới phát hiện có thai trong khi đang điều trị thuốc kháng vi rút, tiếp tục điều trị TDF hoặc TAF, hoặc chuyển sang TDF hoặc TAF nếu đang điều trị ETV.

XÉT NGHIỆM VÀ ĐIỀU TRỊ NGĂN NGỪA LÂY TRUYỀN VIÊM GAN B TỪ MẸ SANG CON: TAF được sử dụng cho có thai & con bú.



*: Thai phụ có bệnh lý thận hoặc loãng xương ưu tiên dùng TAF
 **: cần XN đánh giá lại trước khi ngừng thuốc



BỘ Y TẾ

Số: 1740 /QĐ-BYT



DANH SÁCH BAN BIÊN SOẠN “HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN VI RÚT B”

Tham gia biên soạn:

PGS. TS. Trịnh Thị Ngọc	Phó Chủ tịch Hội Gan mật Việt Nam;
PGS.TS. Bùi Hữu Hoàng	Chủ tịch Hội Gan mật Thành phố Hồ Chí Minh, Ban Chuyên gia Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh;
<u>PGS.TS. Phạm Thị Thu Thủy</u>	Phó Chủ tịch Hội Gan mật Thành phố Hồ Chí Minh, Trưởng khoa Gan, Trung tâm Chẩn đoán Y khoa Medic Thành phố Hồ Chí Minh;
PGS.TS. Đỗ Duy Cường	Chủ tịch Hội đồng chuyên ngành Bệnh nhiệt đới Hệ thống Y tế Vinmec, kiêm Giám đốc Trung tâm Bệnh nhiệt đới Vinmec Times City;
PGS.TS. Trần Văn Giang	Viện trưởng Viện Đào tạo và Nghiên cứu Bệnh

Tài liệu tham khảo TỔNG CỘNG CÓ 16 TÀI LIỆU THAM KHẢO

10. European Association for the Study of the L. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *J Hepatol.* Aug 2025;83(2):502–583. doi:10.1016/j.jhep.2025.03.018.
11. Quyết định 678/QĐ-BYT Hướng dẫn kỹ thuật các can thiệp dự phòng lây truyền HIV, HBV và giang mai từ mẹ sang con (2025).
12. Ali FS, Nguyen MH, Hernaez R, et al. AGA Clinical Practice Guideline on the Prevention and Treatment of Hepatitis B Virus Reactivation in At-Risk Individuals. *Gastroenterology*. Feb 2025;168(2):267–284. doi:10.1053/j.gastro.2024.11.008.
13. Pham TTT, Ho DT, Phan HT, Nguyen TB, Nguyen KM. Assessing the role of Mac-2 binding protein glycosylation isomer in the management of patients with chronic hepatitis B. *World J Hepatol.* May 27 2025;17(5):106916. doi:10.4254/wjh.v17.i5.106916.
14. Feng S, Wang Z, Zhao Y, Tao C. Wisteria floribunda agglutinin-positive Mac-2-binding protein as a diagnostic biomarker in liver cirrhosis: an updated meta-analysis. *Sci Rep.* Jun 29 2020;10(1):10582. doi:10.1038/s41598-020-67471-y.
15. Quyết định 3129/QĐ-BYT Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (2020).
16. Sarin SK, Kumar M, Lau GK, et al. Asian-Pacific clinical practice guidelines on the management of hepatitis B: a 2015 update. *Hepatology International.* 2015;10(1):1–98. doi:10.1007/s12072-015-9675-4.



III. KẾT LUẬN



- Xét nghiệm tầm soát HBV: Nên xét nghiệm bộ 3.
- Nhiều phương tiện đánh giá xơ hóa gan và tầm soát HCC đã được chính thức đề cập.
- Mở rộng chỉ định điều trị HBV: Hy vọng giúp kiểm soát tốt biến chứng của HBV.
- Tăng cường kiểm soát lây nhiễm mẹ - con của HBV: Mở rộng xét nghiệm tất cả thai phụ & điều trị sớm nếu có chỉ định.
- Thuốc Tenofovir điều trị HBV ở trẻ em được mở rộng độ tuổi sử dụng.
- TAF ngày càng chứng tỏ lợi ích và tăng cường chỉ định trong các trường hợp đặc biệt.

