

慢性乙型肝炎防治指南（2019年版）

来源：中华医学会感染病学分会, 中华医学会肝病学分会. 慢性乙型肝炎防治指南（2019年版）[J]. 中华临床感染病杂志, 12(6):401-428.

DOI:10.3760/cma.j.issn.1674-2397.2019.06.001.

【摘要】为了实现世界卫生组织提出的“2030年消除病毒性肝炎作为重大公共卫生威胁”的目标,中华医学会感染病学分会和肝病学分会于2019年组织国内有关专家,以国内外慢性乙型肝炎病毒感染的基础和临床研究进展为依据,结合现阶段我国的实际情况,更新形成了《慢性乙型肝炎防治指南(2019年版)》,为慢性乙型肝炎的预防、诊断和治疗提供重要依据。

【关键词】 肝炎, 乙型, 慢性; 治疗; 预防; 指南

中华医学会感染病学分会和肝病学分会于2005年组织国内有关专家制定了《慢性乙型肝炎防治指南》(第1版),并分别于2010年和2015年进行了更新。近4年来,国内外有关慢性HBV感染的基础和临床研究都取得了重要进展,为更好地规范慢性乙型肝炎(CHB)的预防、诊断和治疗,助力实现世界卫生组织(WHO)提出的“2030年消除病毒性肝炎作为重大公共卫生威胁”的目标,再次更新本指南。

本指南旨在帮助临床医师在CHB预防、诊断和治疗中做出合理决策,但并非强制性标准,也不可能包括或解决CHB诊治中的所有问题。因此,临床医师在面对某一患者时,应在充分了解有关本病的最佳临床证据、认真考虑患者病情及其意愿的基础上,根据自己的专业知识、临床经验和可利用的医疗资源,制定全面合理的诊疗方案。基于相关研究进展和知识更新,现对本指南进行更新和完善。

本指南中的证据等级分为A、B和C三个级别,推荐等级分为1和2两个级别,见表1(根据GRADE分级修订)。

表 1 推荐意见的证据等级和推荐等级

级别	详细说明
证据等级	
高质量(A)	进一步研究不大可能改变对该评估结果的信心
中等质量(B)	进一步研究有可能对该评估结果的信心产生重要影响
低质量(C)	进一步研究很有可能影响该评估结果,且该评估结果很可能改变
推荐等级	
强推荐(1)	充分考虑到证据的质量、患者可能的预后及预防、诊断和治疗效果,有较高的成本效益比
弱推荐(2)	证据价值参差不齐,推荐意见存在不确定性,或推荐的意见可能会有较差的成本效益比等,更倾向于较低等级的推荐

中华临床感染病杂志

一、术语

- 慢性 HBV 感染: HBsAg 和 (或) HBV DNA 阳性 6 个月以上。
- CHB: 由 HBV 持续感染引起的肝脏慢性炎症性疾病。
- HBV 再激活 (HBV reactivation): HBsAg 阳性/抗-HBc 阳性, 或 HBsAg 阴性/抗-HBc 阳性患者接受免疫抑制治疗或化学治疗时, HBV DNA 较基线升高 ≥ 2 lgIU/mL, 或基线 HBV DNA 阴性者转为阳性, 或 HBsAg 由阴性转为阳性。
- HBeAg 阴转 (HBeAg clearance): 既往 HBeAg 阳性的患者 HBeAg 消失。
- HBeAg 血清学转换 (HBeAg seroconversion): 既往 HBeAg 阳性的患者 HBeAg 消失, 抗-HBe 出现。
- 乙型肝炎康复 (Resolved hepatitis B): 曾有急性或 CHB 病史, 现为 HBsAg 持续阴性、抗-HBs 阳性或阴性、抗-HBc 阳性、HBV DNA 低于最低检测下限、ALT 在正常范围。
- 病毒学突破 (Virologic breakthrough): 核苷(酸)类似物 (Nucleoside/nucleotide analogues, NAs) 治疗依从性良好的患者, 在未更改治疗的情况下, HBV DNA 水平比治疗中最低值升高 > 1 lgIU/mL, 或转阴性后又转为阳性, 并在 1 个月后以相同试剂重复检测确证, 可有或无 ALT 升高。
- 病毒学复发 (Virologic relapse): 获得病毒学应答的患者停药后, 间隔 1 个月 2 次检测 HBV DNA 均 $> 2 \times 10^3$ IU/mL。

●耐药 (Drug resistance)：在抗病毒治疗过程中，检测到与 HBV 耐药相关的基因突变，称为基因型耐药 (Genotypic resistance)。体外实验显示，抗病毒药物敏感性降低，并与基因耐药相关，称为表型耐药 (Phenotypic resistance)。针对 1 种抗病毒药物出现的耐药突变对另外 1 种或几种抗病毒药物也出现耐药，称为交叉耐药 (Cross resistance)。至少对 2 种不同类别的 NAs 耐药，称为多重耐药 (Multidrug resistance)。

二、流行病学和预防

1. 流行病学

HBV 感染呈世界性流行，但不同地区 HBV 感染的流行强度差异很大。据 WHO 报道，全球约有 2.57 亿慢性 HBV 感染者，非洲地区和西太平洋地区占 68%^[1]。全球每年约有 88.7 万人死于 HBV 感染，其中肝硬化和原发性肝细胞癌 (Hepatocellular carcinoma) 的病死率分别占 30% 和 45%。东南亚和西太平洋地区一般人群的 HBsAg 流行率分别为 2% (3 900 万例) 和 6.2% (1.15 亿例)。亚洲 HBV 地方性流行程度各不相同，多数亚洲地区为中至高流行区，少数为低流行区。

2014 年，中国疾病预防控制中心 (CDC) 对全国 1~29 岁人群乙型肝炎血清流行病学调查结果显示，1~4 岁、5~14 岁和 15~29 岁人群 HBsAg 流行率分别为 0.32%、0.94% 和 4.38%^[2]，与 1992 年比较，分别下降了 96.7%、91.2% 和 55.1%。据估计，目前我国一般人群 HBsAg 流行率为 5%~6%，慢性 HBV 感染者约 7 000 万例，其中 CHB 患者约 2 000 万~3 000 万例^[3]。

HBV 经母婴、血液 (包括皮肤和黏膜微小创伤) 和性接触传播。在我国以母婴传播为主，占 30%~50%^[4]，多发生在围生期，通过 HBV 阳性母亲的血液和体液传播。母亲的 HBV DNA 水平与新生儿感染 HBV 风险密切相关：HBeAg 阳性、HBV DNA 高水平母亲的新生儿更易发生母婴传播^[5]。成人主要经血液和性接触传播。有注射毒品史、应用免疫抑制剂治疗的患者，既往有输血史、接受血液透析的患者，HCV 感染者、HIV 感染者、HBsAg 阳性者的家庭成员、有接触血液或体液职业危险的卫生保健人员和公共安全工作人员、囚犯，以及未接种乙型肝炎疫苗的糖尿病患者等均有较高的 HBV 感染风险^[6]。由于对献血员实施严格的 HBsAg 和 HBV DNA 筛查，采取安全注射措施，经输血或血液制品传播已较少发生。HBV 也可经破损的皮肤或黏膜传播，如修足、纹身、扎耳环孔、医务人员工作中的意外暴露、共用剃须刀和牙齿等^[6]。与 HBV 感染者发生无防护的性接触，特别是有多个性伴侣者、男男同性恋者，其感染 HBV 的危险性高^[7]。

HBV 不经呼吸道和消化道传播。因此，日常学习、工作或生活接触，如在同一办公室工作 (包括共用计算机等)、握手、拥抱、同住一宿舍、同一餐厅用餐和共用厕所等无血液暴露的接触，不会传染 HBV。流行病学和实验研究未发现 HBV 能经吸血昆虫 (蚊和臭虫等) 传播^[8]。

2. 预防

2.1 保护易感人群

接种乙型肝炎疫苗是预防 HBV 感染最有效的方法。乙型肝炎疫苗的接种对象主要是新生儿，其次为婴幼儿^[9]，15 岁以下未免疫人群和高危人群^[7, 10]。

乙型肝炎疫苗全程需接种 3 针，按照 0、1 和 6 个月的程序，即接种第 1 针疫苗后，在 1 个月和 6 个月时注射第 2 针和第 3 针。接种乙型肝炎疫苗越早越好。新生儿接种部位为上臂外侧三角肌或大腿前外侧中部肌内注射；儿童和成人为上臂三角肌中部肌内注射。患重症疾病的新生儿，如极低出生体质量儿、严重出生缺陷、重度窒息、呼吸窘迫综合征等，应在生命体征平稳后，尽早接种第 1 针乙型肝炎疫苗。

新生儿乙型肝炎疫苗的接种剂量：（1）重组酵母乙型肝炎疫苗每针次 10 μg ，不论母亲 HBsAg 阳性与否；（2）重组中国仓鼠卵巢（Chinese hamster ovary, CHO）细胞乙型肝炎疫苗，每针次 10 μg 或 20 μg ，HBsAg 阴性母亲的新生儿接种 10 μg ；HBsAg 阳性母亲的新生儿接种 20 μg 。

对成人建议接种 3 针 20 μg 重组酵母乙型肝炎疫苗或 20 μg 重组 CHO 细胞乙型肝炎疫苗。对免疫功能低下或无应答者，应增加疫苗的接种剂量（如 60 μg ）和针次；对 0、1 和 6 个月程序无应答者可再接种 1 针 60 μg 或 3 针 20 μg 乙型肝炎疫苗，并于第 2 次接种乙型肝炎疫苗后 1~2 个月时检测血清抗-HBs，如仍无应答，可再接种 1 针 60 μg 重组酵母乙型肝炎疫苗。接种乙型肝炎疫苗后有抗体应答者的保护效果一般至少可持续 30 年^[11]。因此，一般人群不需要进行抗-HBs 监测或加强免疫，但对高危人群或免疫功能低下者等可监测抗-HBs，如抗-HBs < 10 mIU/mL，可再次接种 1 针乙型肝炎疫苗^[7]。

未感染过 HBV 的妇女在妊娠期间接种乙型肝炎疫苗是安全的^[12-13]；除按常规程序接种外，加速疫苗接种程序（0、1 和 2 个月程序）已被证明是可行和有效的^[14]。

意外暴露者是指其皮肤或黏膜接触 HBsAg 阳性或 HBsAg 不详患者的血液或体液，或被其污染的针头刺伤者。

2.2 管理传染源

对首次确定的 HBsAg 阳性者，如符合传染病报告标准的，应按规定向当地 CDC 报告，并建议对其家庭成员进行血清 HBsAg、抗-HBs 和抗-HBc 检测，对易感者接种乙型肝炎疫苗。

HBV 感染者的传染性高低主要取决于血液中 HBV DNA 水平，与血清丙氨酸转氨酶（ALT）、天冬氨酸转氨酶（AST）和胆红素水平无关。建议在不涉及入托、入学、入职的健康体格检查和医疗活动中，积极检测 HBV 感染标志物，以达到早期诊断、早期治疗、降低疾病危害的目的。对乙型肝炎患者和携带者的随访见本指

南“慢性 HBV 感染者的监测和随访管理”部分。慢性 HBV 感染者应避免与他人共用牙刷、剃须刀、注射器及取血针等，禁止献血、捐献器官和捐献精子等，并定期接受医学随访。其家庭成员或性伴侣应尽早接种乙型肝炎疫苗。

2.3 切断传播途径

大力推广安全注射（包括取血针和针灸针等针具），并严格遵循医院感染管理中的标准预防（Standard precaution）原则。服务行业所用的理发、刮脸、修脚、穿刺和纹身等器具应严格消毒。若性伴侣为 HBsAg 阳性者，应接种乙型肝炎疫苗或采用安全套；在性伴侣的健康状况不明时，应使用安全套，以预防 HBV 和其他血源性或性传播疾病。对 HBsAg 阳性的孕妇，应尽量避免羊膜腔穿刺，保证胎盘的完整性，减少新生儿暴露于母血的机会。

推荐意见 1：新生儿乙型肝炎疫苗预防

（1）对于 HBsAg 阴性母亲的新生儿，在出生 12 h 内尽早接种 10 μg 重组酵母乙型肝炎疫苗，在 1 月龄和 6 月龄时分别接种第 2 针和第 3 针乙型肝炎疫苗（A1）。

（2）对于 HBsAg 阳性母亲的新生儿，在出生 12 h 内尽早注射 100 IU 乙型肝炎免疫球蛋白（HBIG），同时在不同部位接种 10 μg 重组酵母乙型肝炎疫苗，并在 1 月龄和 6 月龄时分别接种第 2 针和第 3 针乙型肝炎疫苗。建议对 HBsAg 阳性母亲所生儿童，于接种第 3 针乙型肝炎疫苗后 1~2 个月时进行 HBsAg 和抗-HBs 检测。若 HBsAg 阴性、抗-HBs < 10 mIU/mL，可按 0、1 和 6 个月免疫程序再接种 3 针乙型肝炎疫苗；若 HBsAg 阳性，为免疫失败，应定期监测（A1）。

（3）对于 HBsAg 不详母亲所生早产儿、低体质量儿，在出生 12 h 内尽早接种第 1 针乙型肝炎疫苗和 HBIG；满 1 月龄后，再按 0、1 和 6 个月程序完成 3 针乙型肝炎疫苗免疫（A1）。

（4）新生儿在出生 12 h 内接种乙型肝炎疫苗和 HBIG 后，可接受 HBsAg 阳性母亲的哺乳（B1）。

推荐意见 2：对于未接种或未完成全程乙型肝炎疫苗免疫的儿童，应及时进行补种。

第 1 针与第 2 针间隔时间应 ≥ 28 d，第 2 针与第 3 针间隔时间应 ≥ 60 d（A1）。

推荐意见 3：对于免疫功能低下或无应答的成人，应增加疫苗接种剂量（如 60 μg）和针次；对 3 针免疫程序无应答者，可再接种 1 针 60 μg 或 3 针 20 μg 乙型肝炎疫苗，并于第 2 次接种乙型肝炎疫苗后 1~2 个月时检测血清抗-HBs，如仍无应答，可再接种 1 针 60 μg 重组酵母乙型肝炎疫苗（A1）。

推荐意见 4：意外暴露 HBV 者可按照以下方法处理

（1）在伤口周围轻轻挤压，排出伤口中的血液，再对伤口用 0.9% NaCl 溶液冲洗，然后用消毒液处理（A1）。

（2）应立即检测 HBV DNA、HBsAg，3~6 个月后复查（A1）。

(3) 如接种过乙型肝炎疫苗, 且已知抗-HBs 阳性 (抗-HBs \geq 10 mIU/mL) 者, 可不进行处理。如未接种过乙型肝炎疫苗, 或虽接种过乙型肝炎疫苗, 但抗-HBs $<$ 10 mIU/mL 或抗-HBs 水平不详者, 应立即注射 HBIG 200~400 IU, 同时在不同部位接种 1 针乙型肝炎疫苗 (20 μ g), 于 1 个月和 6 个月后分别接种第 2 针和第 3 针乙型肝炎疫苗 (20 μ g) (A1)。

推荐意见 5: 鼓励在不涉及入托、入学和入职的健康体格检查中或就医时, 进行 HBsAg、抗-HBc 和抗-HBs 筛查; 对高危人群、孕妇、接受抗肿瘤 (化学治疗或放射治疗) 或免疫抑制剂或直接抗 HCV 药物治疗者、HIV 感染者, 筛查 HBsAg、抗-HBc 和抗-HBs, 对均阴性者, 建议接种乙型肝炎疫苗 (B1)。

三、病原学

HBV 属嗜肝 DNA 病毒科 (Hepadnaviridae), 是有包膜的 DNA 病毒, 基因组长约 3.2×10^3 bp, 为部分双链环状 DNA。其基因组编码 HBsAg、HBcAg、HBeAg、病毒聚合酶和 HBx 蛋白。HBV 的抵抗力较强, 但 65 $^{\circ}$ C 中 10 h、煮沸 10 min 或高压蒸气均可灭活 HBV。环氧乙烷、戊二醛、过氧乙酸和碘伏对 HBV 也有较好的灭活效果。

HBV 通过肝细胞膜上的钠离子-牛磺胆酸-协同转运蛋白 (Sodium taurocholate cotransporting polypeptide, NTCP) 作为受体进入肝细胞^[15]。侵入肝细胞后, 部分双链环状 HBV DNA 在细胞核内以负链 DNA 为模板, 延长正链以修补正链中的裂隙区, 形成共价闭环状 DNA (Covalently closed circular DNA, cccDNA)。cccDNA 半寿 (衰) 期较长, 难以从体内彻底清除, 对慢性感染起重要作用。HBV 可以整合入宿主基因。HBV 以 cccDNA 为模板, 转录成几种不同长度的 mRNA。其中, 3.5×10^3 bp 大小的前基因组 RNA (Pregenome RNA, pgRNA) 可释放入外周血, 血清 HBV RNA 水平可反映肝组织内 cccDNA 的活性, 并可能与患者病毒学应答和预后有关^[16-18]。HBV 至少有 9 个基因型 (A 型至 I 型)^[19]。我国以 B 基因型和 C 基因型为主。B 型和 C 型 HBV 感染者的母婴传播发生率高于其他基因型, C 型与较早进展为肝细胞癌相关。HBV 基因型与疾病进展和干扰素 α (IFN α) 治疗应答有关^[20-22]。HBeAg 阳性患者对 IFN α 治疗的应答率, B 基因型高于 C 基因型, A 基因型高于 D 基因型^[23]。

四、自然史及发病机制

1. 自然史

HBV 感染的自然史主要取决于病毒和宿主相互作用, 其中 HBV 感染时的年龄是影响慢性化的主要因素之一。新生儿及 1 岁以下婴幼儿的 HBV 感染慢性化风险为 90%^[24], 我国 HBV 感染者多为围生期或婴幼儿时期感染。HBV 母婴阻断在全球取得了

巨大成功^[25]。我国对 HBsAg 阳性母亲的新生儿已全面推广联合免疫（乙型肝炎疫苗联合 HBIG）等措施，但仍有约 5%~7% 新生儿发生母婴传播，其中 HBeAg 阳性孕妇中为 7%~11%，HBeAg 阴性孕妇中为 0~1%^[26-27]。

慢性 HBV 感染的自然史根据自然病程一般可划分为 4 个期^[28-30]，即免疫耐受期（慢性 HBV 携带状态）、免疫清除期（HBeAg 阳性 CHB）、免疫控制期（非活动 HBsAg 携带状态）和再活动期（HBeAg 阴性 CHB），见表 2（详见“临床诊断”部分）。并非所有慢性 HBV 感染者都经过以上 4 个期。青少年和成年时期感染 HBV，多无免疫耐受期，直接进入免疫清除期。

表 2 慢性 HBV 感染自然病程分期

项目	免疫耐受期 (慢性 HBV 携带状态)	免疫清除期 (HBeAg 阳性 CHB)	免疫控制期 (非活动性 HBsAg 携带状态)	再活动期 (HBeAg 阴性 CHB)
HBV 血清学标志物				
HBsAg	+	+	+	+
抗-HBs	-	-	-	-
HBeAg	+	+	-	+/-
抗-HBe	-	-	+	+/-
抗-HBc	+	+	+	+
HBV DNA (IU/mL)	$>2 \times 10^7$	$>2 \times 10^4$	$<2\ 000$	$\geq 2\ 000$
ALT	正常	持续或反复升高	正常	持续或反复升高
肝脏病理学	无明显炎症坏死和纤维化	有明显炎症坏死和(或)纤维化	无或仅有轻度炎症,可有不同程度的纤维化	有明显炎症坏死和(或)纤维化

注:HBV. 乙型肝炎病毒;HBsAg. 乙型肝炎表面抗原;抗-HBs. 乙型肝炎表面抗体;HBeAg. 乙型肝炎核心抗原;抗-HBe. 乙型肝炎核心抗体;ALT. 丙氨酸转氨酶;CHB. 慢性乙型肝炎

免疫清除期患者可出现自发性 HBeAg 血清学转换，年发生率约为 2%~15%。年龄 <40 岁、ALT 升高、HBV A 基因型和 B 基因型者的发生率较高^[28, 31]。HBeAg 血清学转换后，每年约有 0.5%~1.0% 发生 HBsAg 清除^[32]。研究显示，HBsAg 消失 10 年后，约 14% 的患者肝脏中仍可检测出 cccDNA^[33]。 >50 岁，或已有肝硬化，或合并 HCV 或 HDV 感染者，即使 HBsAg 消失，仍有可能发生肝细胞癌，但发生率较低^[34]。

未经抗病毒治疗 CHB 患者的肝硬化年发生率为 2%~10%^[35]，危险因素包括宿主（年龄较大、男性、发生 HBeAg 血清学转换时 >40 岁、ALT 持续升高^[36-37]），病毒（HBV DNA $>2\ 000$ IU/mL），HBeAg 持续阳性^[38]，C 基因型，合并 HCV、HDV 或 HIV 感染，以及合并其他肝损伤因素（如嗜酒或肥胖等）^[35]。代偿期肝硬化进展为失代偿期的年发生率为 3%~5%，失代偿期肝硬化 5 年生存率为 14%~35%^[35]。非肝硬化 HBV 感染者的肝细胞癌年发生率为 0.5%~1.0%^[35]。肝硬化患者肝细胞癌年发生率为 3%~6%^[39-41]。肝硬化、合并糖尿病、直系亲属中有肝癌者、血清 HBsAg 高水平、接触黄曲霉毒素等均与肝癌高发相关^[35, 42-46]。较低的 HBsAg 水平常反映宿主对 HBV 复制和感染具有较好的免疫控制能力。研究显示，即使 HBeAg 阴性、HBV DNA 低水平，不论 B 基因型还是 C 基因型，HBsAg 水平较高（ $\geq 1\ 000$ IU/mL）者发生肝癌的风险仍较高^[45-46]。

2.发病机制

慢性 HBV 感染的发病机制较为复杂，迄今尚未完全阐明。HBV 不直接杀伤肝细胞，病毒引起的免疫应答是导致肝细胞损伤及炎症坏死的主要机制，而炎症坏死持续存在或反复出现是慢性 HBV 感染者进展为肝硬化甚至肝癌的重要因素。

非特异性（固有）免疫应答在 HBV 感染初期发挥重要作用，它启动后续特异性（适应性）免疫应答^[47-48]。HBV 可依托自身 HBeAg、HBx 等多种蛋白质成分，干扰 Toll 样受体(Toll-like receptors, TLRs)、维甲酸诱导基因 I (Retinoic acid inducible gene- I, RIG- I) 两种抗病毒信号转导途径，从而抑制非特异性免疫应答的强度。CHB 患者常表现为外周血中髓样树突状细胞 (Myeloid dendritic cell, mDC) 和浆样树突状细胞 (Plasmacytoid dendritic cell, pDC) 频数降低，且 mDC 成熟障碍，pDC 产生 IFN α 能力明显降低，从而导致机体直接清除病毒和诱生 HBV 特异性 T 细胞的能力下降，不利于病毒清除。

HBV 特异性免疫应答在清除 HBV 中起主要作用^[49]。主要组织相容性复合物 (Major histocompatibility complex, MHC) I 类分子限制性的 CD8⁺细胞毒性 T 淋巴细胞可诱导病毒感染肝细胞凋亡，也可通过分泌 IFN γ ，以非细胞溶解机制抑制肝细胞内的 HBV 基因表达和复制^[50]。慢性感染时，HBV 特异性 T 细胞易凋亡，产生细胞因子和增殖能力均显著降低，功能耗竭，可能是导致 HBV 持续感染的机制之一^[51]。目前认为血清和肝组织中存在大量 HBsAg，而 HBsAg 特异性细胞毒性 T 淋巴细胞数量缺乏和（或）功能不足，是导致慢性 HBV 感染者发生免疫耐受的重要原因^[52]。

五、实验室检查

1.HBV 血清学检测

传统 HBV 血清学标志物包括 HBsAg、抗-HBs、HBeAg、抗-HBe、抗-HBc 和抗-HBc IgM。血清 HBsAg 可由 cccDNA 转录为 mRNA 翻译产生，也可由整合人宿主基因组的 HBV DNA 序列转录翻译而来，HBsAg 阳性表示 HBV 感染。抗-HBs 为保护性抗体，阳性表示具备 HBV 免疫力，见于乙型肝炎康复期及接种乙型肝炎疫苗者；抗-HBc IgM 阳性多见于急性乙型肝炎，慢性 HBV 感染急性发作多表现为低水平阳性；抗-HBc 总抗体主要是抗-HBc IgG，只要感染过 HBV，不论病毒是否被清除，此抗体多为阳性。

近年来，HBsAg 定量检测已在临床中被广泛应用，其水平可反映疾病分期与疾病进展风险，也可用于指导重组人干扰素和聚乙二醇干扰素 α (Peginterferon α , PegIFN α) 治疗。

2.HBV 病毒学检测

2.1 HBV DNA 定量

主要用于评估 HBV 感染者病毒复制水平，是抗病毒治疗适应证选择及疗效判断的重要指标。在抗病毒治疗过程中，获得持续病毒学应答可显著控制肝硬化进展和降低肝细胞癌发生风险^[53-54]。HBV DNA 定量采用实时定量聚合酶链反应法，检测下限值因不同生产厂商的试剂而异。

2.2 HBV 基因分型

目前可鉴定出至少 9 种（A 型至 I 型）HBV 基因型和 1 种未定基因型（J 型），一些基因型可分数种基因亚型。检测 HBV 基因型有助于预测干扰素疗效，判断疾病预后^[55-58]。

2.3 耐药突变株检测

HBV 是一个高变异的病毒，在反转录复制过程中，因 RNA 聚合酶和反转录酶缺乏校正功能，可使病毒在复制过程中发生一个或多个核苷酸的变异。HBV 可以在慢性持续性感染过程中自然变异，也可因抗病毒药物治疗诱导病毒变异，均可导致对抗病毒药物敏感性下降^[59]。及时进行耐药突变株检测有助于临床医师判断耐药发生并尽早调整治疗方案。目前，临床常用的耐药检测方法包括反转录酶（Reverse transcriptase）区序列测定和线性探针反向杂交法（INNO-LIPA 试剂盒）。

3.HBV 新型标志物检测

3.1 抗-HBc 抗体定量

新型双抗原夹心法可定量检测血清抗-HBc 水平。在自然史研究中，免疫清除期和再活动期患者抗-HBc 定量水平显著高于免疫耐受期和低复制期^[60-61]。HBeAg 阳性 CHB 患者基线抗-HBc 定量水平可预测 PegIFN α 和 NAs 的疗效^[62-63]。此外，抗-HBc 定量水平和 ALT 水平呈明显正相关；尤其在 ALT 正常患者，抗-HBc 定量水平和肝脏组织学炎症坏死程度呈显著正相关^[64]。

3.2 HBV RNA 定量

与肝细胞内 cccDNA 转录活性有关，在评估 NAs 停药后复发风险方面值得深入研究^[65-66]。目前存在的局限性在于不同研究团队采用的检测方法不完全相同。

3.3 乙型肝炎病毒核心相关抗原 (HBcrAg)

是一种包含 HBcAg、HBeAg、p22cr 蛋白质的复合标志物，与肝细胞内 cccDNA 转录活性有关，在区分疾病分期、预测 PegIFN α 和 NAs 抗病毒疗效，以及停药后复发、预测肝细胞癌发生风险等方面均有相关研究^[67-70]。

4.血清生物化学检测

4.1 ALT 和 AST

可在一定程度上反映肝细胞损伤程度，特别是长期病毒抑制患者 ALT 升高，应进一步分析评估原因^[72]。

4.2 总胆红素 (TBil)

与胆红素生成、摄取、代谢和排泄有关，升高的主要原因为肝细胞损伤、肝内外胆管阻塞、胆红素代谢异常和溶血。肝衰竭患者 TBil 可 >171 $\mu\text{mol/L}$ ，或每天上升 >17.1 $\mu\text{mol/L}$ 。

4.3 血清白蛋白

反映肝脏合成功能，肝硬化和肝衰竭患者可有血清白蛋白水平下降。白蛋白水平同时也受到营养状况等的影响。

4.4 PT、PTA 及 INR

反映肝脏凝血因子合成功能，对判断疾病进展及预后具有重要价值。

4.5 血清 γ -GT

正常人血清中 γ -GT 主要来自肝脏，酒精性肝病、药物性肝病、胆管炎并肝内外胆汁淤积时可显著升高。

4.6 血清碱性磷酸酶 (ALP)

缺乏肝脏特异性，胆汁淤积刺激 ALP 合成，其升高的肝源性需通过 γ -GT 或 ALP 同工酶水平升高加以确认。临床上常借助 ALP 的动态观察来判断病情发展、预后和疗效评估。

4.7 甲胎蛋白及其异质体 L3

是诊断肝细胞癌的重要指标。应注意甲胎蛋白升高的幅度、动态变化，以及其与 ALT 和 AST 的消长关系，并结合临床表现和肝脏影像学检查结果进行综合分析^[73]。

4.8 维生素 K 缺乏或拮抗剂-II 诱导蛋白

又名脱 γ 羧基凝血酶原 (DCP)，是诊断肝癌的另一个重要指标，可与甲胎蛋白互为补充^[74]。

六、肝纤维化无创诊断技术

1. ALT 和血小板比率指数 (APRI) 评分

APRI 是基于慢性 HCV 感染者数据研发的用于评估 HCV 相关肝纤维化程度的指标。计算公式： $[\text{AST} / \text{正常值上限 (Upper limit of normal, ULN)} \times 100] / \text{血小板计数} (\times 10^9 / \text{L})$ ，成人 APRI ≥ 2 提示存在肝硬化，APRI < 1 则排除肝硬化。但近期研究提示，该指数用于评估 HBV 相关肝纤维化程度的准确性较低^[75-77]。

2. 肝纤维化 4 因子指数 (FIB-4)

FIB-4 是基于慢性 HCV 感染者数据研发的，用于评估 HCV 相关肝纤维化程度的指标。计算公式： $\text{年龄 (岁)} \times \text{AST (IU/L)} / [\text{血小板计数} (\times 10^9 / \text{L}) \times \sqrt{\text{ALT (IU/L)}}]$ ，

FIB-4 \geq 3.25 诊断肝纤维化和肝脏炎症分级 Metavir 评分 \geq F3, FIB-4 $<$ 1.45 排除 Metavir 评分 \geq F3。近期研究提示,慢性 HBV 感染者以 FIB-4 \geq 3.25 诊断 Metavir 评分 \geq F3 的特异度为 97%^[76], $>$ 30 岁人群中 FIB-4 \leq 0.70 排除乙型肝炎肝硬化的阴性预测值高达 96%^[78]。

3.其他指标

细胞外基质成分如透明质酸、III型前胶原肽、IV型胶原、层黏连蛋白等均可反映肝纤维化发生情况,但尚缺乏可供临床应用的统一诊断界值。 γ -谷氨酰转肽酶-血小板比值 [γ Glutamyl transpeptidase to platelet ratio, GPR; γ -GT/ULN/血小板计数 ($\times 10^9/L$) $\times 100$]、红细胞体积分布宽度-血小板比值 [Red cell distribution width to platelet ratio, RPR; 红细胞体积分布宽度 (%) / 血小板计数 ($\times 10^9/L$)] 均由常规检测指标组成,稳定的诊断界值仍待确定^[79-80]。血清高尔基体蛋白 73 (Golgi glycoprotein, GP73) 联合 AST 及 γ -GT 可反映中、重度肝脏炎症^[81]。血清壳多糖酶 3 样蛋白 1 (Chitinase 3-like 1, CH3L1 或 YKL-40) 可预测 ALT 正常或轻度升高患者的中、重度肝脏纤维化^[82-83]。

4.肝脏硬度值测定

肝脏硬度值测定包括瞬时弹性成像 (Transient elastography, TE)、基于超声的声脉冲辐射力学 (Acoustic radiation force impulse, ARFI) 和磁共振弹性成像 (Magnetic resonance elastography, MRE)。ARFI 包括点剪切波弹性成像 (Point shear wave elastography, p-SWE) 和二维剪切波弹性成像 (2D shear wave elastography, 2D-SWE) 2 种技术, ARFI、MRE 技术仍然处于临床研究阶段。

TE 已在美国、欧洲和亚太等地区与国家获得批准应用,能够比较准确地识别进展性肝纤维化及早期肝硬化^[84-85],但测定值受肝脏炎症坏死、胆汁淤积和重度脂肪变等多种因素影响,TE 结果判读需结合患者 ALT 及胆红素水平等指标^[86-88]。TE 与其他血清学指标联合使用可提高诊断效能^[84, 89-91]。我国多中心研究建议乙型肝炎肝硬化诊断界值为 21.3 kPa (特异度为 95%,阳性似然比为 8.5),进展期肝纤维化诊断界值为 12.4 kPa (特异度为 95%,阳性似然比为 11.8),显著肝纤维化诊断界值为 9.1 kPa (特异度为 95%,阳性似然比为 6.4);肝硬化排除界值为 8.2 kPa (敏感度为 95%,阳性似然比为 0.07),进展期肝纤维化排除界值为 5.8 kPa (敏感度为 95%,阳性似然比为 0.10)^[92]。TE 的临床应用指导参见《瞬时弹性成像技术诊断肝纤维化专家共识 (2018 年更新版)》^[85]。

七、影像学诊断

影像学检查的主要目的是监测慢性 HBV 感染的临床疾病进展,包括了解有无肝硬化及门静脉高压征象,发现占位性病变更鉴别其性质,通过动态监测及时发现和诊断肝细胞癌^[93-94]。

1.腹部超声检查

腹部超声检查无创、价廉、实时显像，便于反复进行，为最常用的肝脏影像学检查方法。可以观察肝脏和脾脏的大小、外形、实质回声，并能测定门静脉、脾静脉和肝静脉内径及血流情况，以及有无腹水及其严重程度，从而判断有无肝硬化及门静脉高压；能有效发现肝内占位性病变，对于监测和发现早期肝细胞癌至关重要。超声造影能更好地鉴别占位病变的性质。其局限性是图像质量和检查结果易受设备性能、患者胃肠道内气体和操作者技术水平等因素影响。

2.CT

CT 主要用于观察肝脏形态，了解有无肝硬化，发现占位性病变并鉴别其性质；动态增强多期 CT 扫描对于肝细胞癌的诊断具有较高的敏感度和特异度。

3.MRI

MRI 无放射性辐射，组织分辨率高，多方位、多序列成像，是非常有效的肝脏影像学检查。一般认为，动态增强多期 MRI 扫描及肝脏细胞特异性增强剂显像对鉴别良、恶性肝内占位性病变的能力优于增强 CT。

八、病理学诊断

慢性 HBV 感染者肝活组织检查的主要目的是评价肝脏炎症坏死及纤维化程度并排除其他肝脏疾病，从而为确定诊断、判断预后、启动治疗和监测疗效提供客观依据。

CHB 的主要病理学特点是肝脏汇管区及其周围不同程度的炎症坏死和纤维化。汇管区浸润的炎症细胞以淋巴细胞为主，也可有少数浆细胞和巨噬细胞；炎症细胞聚集常引起界板破坏而形成界面炎（旧称碎屑样坏死）。小叶内有肝细胞变性、坏死（包括点灶、桥接、融合性坏死）和凋亡，并可见磨玻璃样肝细胞及凋亡肝细胞形成的凋亡小体，且随炎症病变活动而愈加显著。慢性肝脏炎症坏死可引起细胞外基质特别是胶原的过度沉积即纤维化，表现为不同程度的汇管区纤维性扩大、纤维间隔形成，Masson 三色染色及网状纤维染色有助于判断肝纤维化程度及肝小叶结构。在弥漫性肝纤维化的基础上，一旦肝细胞结节性再生形成假小叶，即称为肝硬化。另外，免疫组织化学染色可检测肝组织内 HBsAg 和 HBcAg 的表达；核酸原位杂交法或 PCR 法可检测组织内 HBV DNA 或 cccDNA。

对于慢性 HBV 感染的肝组织炎症坏死分级和纤维化分期，国际文献中常采用 Knodell、Scheuer, Metavir 或 Ishak 评分系统^[95-98]。Laennec 肝硬化分级根据再生结节大小和纤维间隔宽度，将肝硬化 (Metavir 4) 细分为 4A、4B 和 4C 三级^[99]。我国学者也提出了病毒性肝炎的组织病理学分级及分期标准^[100]。各种分级及分期系统比较见表 3 和 4。

表3 不同肝脏炎症分级标准对照表

Knodell 评分系统			Scheuer 评分系统		王泰龄评分系统		Ishak 评分系统						
评分	汇管区炎症或不伴桥接坏死	小叶内变性及灶性坏死	汇管区炎症	汇管区及汇管区周围活动度	小叶内活动度	评分	汇管区及周围	小叶内	评分	汇管区炎症	汇管区周围及界面炎症	灶性坏死、凋亡或灶性炎症	融合性坏死
0	无	无	无	0 无或轻微	无	0	无炎症	无炎症	0	无	无	无	无
1	轻度 PN	轻度(嗜酸小体、气球变和散在肝细胞坏死累及 < 1/3 小叶)	轻度(少量炎症细胞浸润 < 1/3 汇管区)	1 仅汇管区炎症	有炎症细胞浸润但无肝细胞损伤	1	汇管区炎症	变性及少数坏死灶	1	部分或所有汇管区轻度炎症	轻度(局部或少数汇管区)	每 10 倍镜视野下 < 1 个或没有	局灶性
3	中度 PN(多数汇管区周围累及 < 50%)	中度(1/3 ~ 2/3 小叶被累及)	中度(炎症细胞增多在 1/3 ~ 2/3 汇管区)	2 轻度 PN	灶性坏死或出现嗜酸小体	2	轻度 PN	汇管区周围纤维化,纤维间隔形成,小叶结构保留	2	部分或所有汇管区中度炎症	轻中度(局部或少数汇管区)	每 10 倍镜视野下 2~4 个	部分小叶内可见 3 带坏死
4	重度 PN(多数汇管区周围累及 > 50%)	重度(累及 > 2/3 小叶)	重度(炎症细胞密集 > 2/3 汇管区)	3 中度 PN	严重灶性肝细胞损伤	3	中度 PN	纤维隔伴小叶结构紊乱,无肝硬化	4	所有汇管区重度炎症	重度(炎症范围 > 50% 汇管区或界面周围)	每 10 倍视野下 > 10 个	3 带坏死 + 偶见汇管区 - 中央区桥接坏死
5	中度 PN 并桥接坏死	-	-	4 重度 PN	出现融合坏死	4	重度 PN	早期肝硬化	5	-	-	-	3 带坏死 + 严重汇管区 - 中央区桥接坏死
10	重度 PN 并桥接坏死或多小叶坏死	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	全小叶或多小叶坏

注:“-”,无相容容;PN,碎屑样坏死

表4 国内外肝纤维化分期标准对照表

Knodell 评分系统	Scheuer 评分系统	Metavir 评分系统	王泰龄评分系统	Ishak 评分系统
0分 无纤维化	0分 无纤维化	0分 无纤维化	0分 无纤维化	0分 无纤维化
1分 汇管区纤维性扩大	1分 汇管区纤维性扩大	1分 汇管区纤维性扩大,无间隔	1分 汇管区扩大,纤维化	1分 部分汇管区纤维性扩大伴或不伴短纤维间隔 2分 大部分汇管区纤维性扩大伴或不伴短纤维间隔
2分 -	2分 汇管区周围纤维化,汇管区-汇管区纤维间隔	2分 汇管区纤维扩大+少数间隔	2分 汇管区周围纤维化,纤维隔形成,小叶结构保留	3分 大部分汇管区纤维性扩大,偶见汇管区-汇管区纤维间隔
3分 出现桥接、汇管区-汇管区或汇管区-中央静脉纤维间隔	3分 桥接纤维化,伴小叶结构紊乱,无肝硬化	3分 大量间隔,伴结构紊乱,无肝硬化	3分 纤维隔伴小叶结构紊乱,无肝硬化	4分 大部分汇管区纤维性扩大,显著汇管区-汇管区或汇管区-中央静脉纤维间隔
4分 肝硬化	4分 可能/肯定肝硬化	4分 肝硬化	4分 早期肝硬化	5分 显著纤维化,偶见结节(不完全分割性肝硬化)

注:“-”,无相关内容

利用计算机图像分析可以测定肝组织胶原染色切片的胶原面积比 (Collagen proportional area, CPA)。基于双光子二次谐波技术的纤维化定量技术(qFibrosis)可以在未经染色的肝组织切片中对胶原面积及其形态特征进行自动化定量分析,可重复性及准确性较高[101]。最近我国学者在国际上首次提出了肝纤维化 P-I-R 分类,根据纤维间隔的宽度及形态,将 Ishak 3 期以上肝纤维化分为进展为主型 (P)、中间型 (I) 和逆转为主型 (R),有助于判断肝纤维化的变化趋势^[102]。

九、临床诊断

根据慢性 HBV 感染者的血清学、病毒学、生物化学、影像学、病理学和其他辅助检查结果,在临床上可分为以下几种诊断:

1.慢性 HBV 携带状态

又称 HBeAg 阳性慢性 HBV 感染^[103-104]。本期患者处于免疫耐受期,患者年龄较轻,HBV DNA 定量水平 (通常 $>2 \times 10^7$ IU/mL) 较高,血清 HBsAg (通常 $>1 \times 10^4$ IU/mL) 较高、HBeAg 阳性,但血清 ALT 和 AST 持续正常 (1 年内连续随访 3 次,每次至少间隔 3 个月),肝脏组织病理学检查无明显炎症坏死或纤维化。在未行组织病理学检查的情况下,应结合年龄、病毒水平、HBsAg 水平、肝纤维化无创检查和影像学检查等综合判定。

2.HBeAg 阳性 CHB

本期患者处于免疫清除期,其血清 HBsAg 阳性,HBeAg 阳性,HBV DNA 定量水平 (通常 $>2 \times 10^4$ IU/mL) 较高,ALT 持续或反复异常或肝组织学检查有明显炎症坏死和 (或) 纤维化 ($\geq G2/S2$)。

3.非活动性 HBsAg 携带状态^[105-106]

又称 HBeAg 阴性慢性 HBV 感染。本期患者处于免疫控制期,表现为血清 HBsAg 阳性、HBeAg 阴性、抗-HBe 阳性,HBV DNA $<2\ 000$ IU/mL,HBsAg $<1\ 000$ IU/mL,ALT 和 AST 持续正常 (1 年内连续随访 3 次以上,每次至少间隔 3 个月),影像学检查无肝硬化征象,肝组织检查显示组织活动指数(Histological activity index,HAI) 评分 <4 或根据其他半定量计分系统判定病变轻微。

4.HBeAg 阴性 CHB

此期为再活动期,其血清 HBsAg 阳性、HBeAg 持续阴性,多同时伴有抗-HBe 阳性,HBV DNA 定量水平通常 $\geq 2\ 000$ IU/mL,ALT 持续或反复异常,或肝组织学有明显炎症坏死和 (或) 纤维化 ($\geq G2/S2$)。

5.隐匿性 HBV 感染 (OBI) ^[107]

表现为血清 HBsAg 阴性,但血清和 (或) 肝组织中 HBV DNA 阳性。在 OBI 患者中,80%可有血清抗-HBs、抗-HBe 和 (或) 抗-HBc 阳性,称为血清阳性 OBI;但有

1%~20%的 OBI 患者所有血清学指标均为阴性，故称为血清阴性 OBI。其发生机制尚未完全阐明，一种可能是显性（急性或慢性）HBV 感染后 HBsAg 消失，通常其血清或肝组织 HBV DNA 水平很低，无明显肝组织损伤；另一种是 HBV S 区基因变异，导致 HBsAg 不能被现有商品化试剂盒检测到，其血清 HBV DNA 水平通常较高，可能伴有明显肝脏组织病理学改变。此类患者可通过输血或器官移植将 HBV 传播给受者，其自身在免疫抑制状态下可发生 HBV 再激活。

6.乙型肝炎肝硬化^[108-109]

乙型肝炎肝硬化的诊断应符合下列 1 和 2(病理学诊断)，或 1 和 3(临床诊断)。

(1) 目前 HBsAg 阳性，或 HBsAg 阴性、抗-HBc 阳性且有明确的慢性 HBV 感染史（既往 HBsAg 阳性>6 个月），并除外其他病因者。

(2) 肝脏活组织检查病理学符合肝硬化表现者。

(3) 符合以下 5 项中的 2 项及以上，并除外非肝硬化性门静脉高压者：① 影像学检查显示肝硬化和(或)门静脉高压征象；② 内镜检查显示食管胃底静脉曲张；③ 肝脏硬度值测定符合肝硬化；④ 血生物化学检查显示白蛋白水平降低(<35 g/L)和(或)PT 延长(较对照延长>3 s)；⑤ 血常规检查显示血小板计数<100×10⁹/L 等。

临床上常根据是否曾出现腹水、食管胃底静脉曲张破裂出血和肝性脑病等严重并发症，将肝硬化分为代偿期及失代偿期。(1) 代偿期肝硬化：病理学或临床诊断为肝硬化，但从未出现腹水、食管胃底静脉曲张破裂出血或肝性脑病等严重并发症者，可诊断为代偿期肝硬化；其肝功能多为 Child-Pugh A 级。(2) 失代偿期肝硬化：肝硬化患者一旦出现腹水、食管胃底静脉曲张破裂出血或肝性脑病等严重并发症者，即诊断为失代偿期肝硬化^[110]；其肝功能多属于 Child-Pugh B 级或 C 级。

近年，为更准确地预测肝硬化患者的疾病进展、死亡风险或治疗效果，有学者建议将肝硬化分为 5 期^[111]，其中 1、2 期为代偿期肝硬化，3 期至 5 期为失代偿期肝硬化。1 期为无静脉曲张，无腹水；2 期为有静脉曲张，无出血或腹水；3 期为有腹水，无出血，伴或不伴静脉曲张；4 期为有出血，伴或不伴腹水；5 期为出现脓毒症。

随着抗病毒药物的进步，许多失代偿期肝硬化患者经过治疗可以逆转为代偿期肝硬化。表现为肝细胞功能改善如白蛋白水平较前升高，PT 较前缩短，不再出现腹水、肝性脑病等严重并发症，不需要肝移植也可长期存活。这些现象被称为肝硬化再代偿期(Re-compensation)，但目前尚无准确定义和统一的诊断标准。

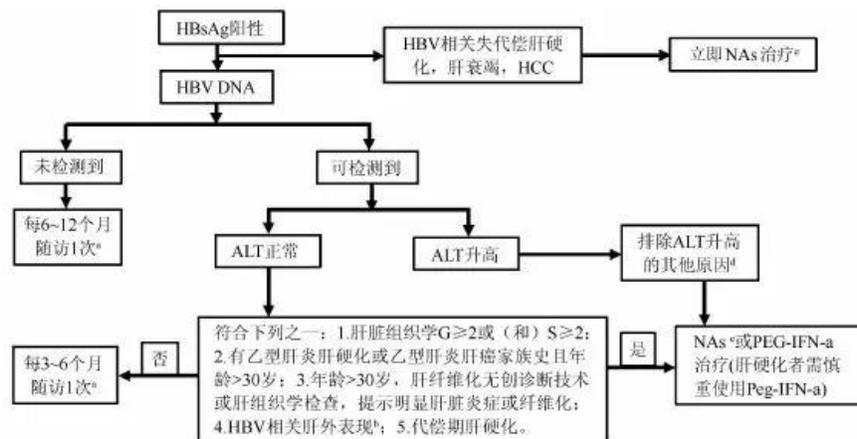
十、治疗目标

最大限度地长期抑制 HBV 复制^[6, 112-113], 减轻肝细胞炎症坏死及肝脏纤维组织增生, 延缓和减少肝功能衰竭、肝硬化失代偿、肝细胞癌和其他并发症的发生, 改善患者生命质量, 延长其生存时间。对于部分适合条件的患者, 应追求临床治愈。

临床治愈(或功能性治愈)^[6, 112, 114-116]: 停止治疗后仍保持 HBsAg 阴性(伴或不伴抗-HBs 出现)、HBV DNA 检测不到、肝脏生物化学指标正常。但因患者肝细胞核内 cccDNA 未被清除, 因此存在 HBV 再激活和发生肝细胞癌的风险。

十一、抗病毒治疗的适应证

依据血清 HBV DNA、ALT 水平和肝脏疾病严重程度, 同时需结合年龄、家族史和伴随疾病等因素, 综合评估患者疾病进展风险, 决定是否需要启动抗病毒治疗^[6, 112-113]; 动态评估比单次检测更有临床意义(图 1)。



注: HBsAg, 乙型肝炎表面抗原; HBV 为乙型肝炎病毒; ALT, 丙氨酸转氨酶; HCC, 肝细胞癌; NAs, 核苷(酸)类似物; PegIFN α , 聚乙二醇干扰素 α 。*随访项目: 病毒学检测、肝脏生物化学指标检测、甲胎蛋白、维生素 K 缺乏或拮抗剂诱导蛋白检测, 腹部超声检查、肝脏硬度值检测。^bHBV 相关的肝外表现: 肾小球肾炎、血管炎等。^cNAs: 恩替卡韦、富马酸替诺福韦酯、富马酸丙酚替诺福韦片。^dALT 升高的其他原因: 其他病原体感染、药物或毒物服用史、酒精服用史、脂肪代谢紊乱、自身免疫紊乱、肝脏淤血或血管性疾病、遗传代谢性肝病、全身性系统性疾病等。^eHBV 相关失代偿期肝硬化患者 NAs 治疗期间的随访标准: 每 3 个月 1 次, 复查血常规、肝脏生物化学指标和肾功能、血氨、病毒学、甲胎蛋白、维生素 K 缺乏或拮抗剂诱导蛋白, 行腹部超声检查; 必要时行增强电子计算机断层显像。

图 1 慢性 HBV 感染抗病毒治疗适应证的选择流程图

血清 HBV DNA 阳性的慢性 HBV 感染者, 若其 ALT 持续异常 ($>ULN$) 且排除其他原因导致的 ALT 升高, 均应考虑开始抗病毒治疗。

导致 ALT 升高的其他原因包括: 其他病原体感染、药物性肝损伤、酒精性肝炎、非酒精性脂肪性肝炎、自身免疫性肝病、全身系统性疾病累及肝脏等。同时, 也应注意排除应用降酶药物后 ALT 的暂时性正常。

存在肝硬化的客观依据,不论 ALT 和 HBeAg 状态,只要可检测到 HBV DNA,均建议进行积极的抗病毒治疗。对于失代偿期肝硬化者,若 HBV DNA 检测不到但 HBsAg 阳性,建议行抗病毒治疗。

血清 HBV DNA 阳性、ALT 正常患者,如有以下情形之一,则疾病进展风险较大,建议行抗病毒治疗:(1) 肝组织学存在明显的肝脏炎症($\geq G 2$)或纤维化($\geq S 2$);(2) ALT 持续正常(每 3 个月检查 1 次,持续 12 个月),但有肝硬化/肝癌家族史且年龄 >30 岁;(3) ALT 持续正常(每 3 个月检查 1 次,持续 12 个月),无肝硬化/肝癌家族史但年龄 >30 岁,建议行肝纤维化无创诊断技术检查或肝组织学检查,发现存在明显肝脏炎症或纤维化;(4) ALT 持续正常(每 3 个月检查 1 次,持续 12 个月),有 HBV 相关的肝外表现(肾小球肾炎、血管炎、结节性多动脉炎、周围神经病变等)。

推荐意见 6: 血清 HBV DNA 阳性、ALT 持续异常($>ULN$)且排除其他原因所致者,建议行抗病毒治疗(B1)。

推荐意见 7: 对于血清 HBV DNA 阳性的代偿期乙型肝炎肝硬化患者和 HBsAg 阳性失代偿期乙型肝炎肝硬化患者,建议行抗病毒治疗(A1)。

推荐意见 8: 血清 HBV DNA 阳性、ALT 正常,有下列情况之一者建议抗病毒治疗。

- (1) 肝活组织穿刺检查提示显著炎症和(或)纤维化($G \geq 2$ 和(或) $S \geq 2$)(A1)。
- (2) 有乙型肝炎肝硬化或乙型肝炎肝癌家族史且年龄 >30 岁(B1)。
- (3) ALT 持续正常、年龄 >30 岁者,建议行肝纤维化无创诊断技术检查或肝组织学检查,发现存在明显肝脏炎症或纤维化(A1)。
- (4) HBV 相关肝外表现(如 HBV 相关性肾小球肾炎等)(B1)。

十二、NAs 治疗

1. NAs 药物的疗效和安全性

1.1 恩替卡韦

大量研究数据显示,采用恩替卡韦治疗可强效抑制病毒复制,改善肝脏炎症,安全性较好^[117-119],长期治疗可改善乙型肝炎肝硬化患者的组织学病变^[120-121],显著降低肝硬化并发症和肝细胞癌的发生率,降低肝脏相关和全因病死率^[53, 122]。在初治 CHB 患者中,恩替卡韦治疗 5 年的累积耐药发生率为 1.2%;在拉米夫定(Lamivudine)耐药的 CHB 患者中,恩替卡韦治疗 5 年的累积耐药发生率升至 51%^[123]。

1.2 富马酸替诺福韦酯(TDF)

应用 TDF 治疗 CHB 患者的多中心临床研究结果显示,可强效抑制病毒复制,耐药发生率^[124-125]。采用 TDF 治疗 8 年的研究数据显示,共有 41 例次病毒学突破,其中 29 例次(70%)的原因是依从性问题,59%发生病毒学突破的患者继续 TDF 治疗

仍然获得病毒学应答，进一步的核酸序列测定未发现 TDF 相关的耐药^[126]。TDF 长期治疗显著改善肝脏组织学，降低肝细胞癌发生率^[127-128]。

恩替卡韦耐药且血清中 HBV DNA>60 IU/mL 的 90 例 CHB 患者，按照 1:1 比例随机接受 TDF 单独或联合恩替卡韦治疗 48 周，TDF 单独或联合恩替卡韦治疗组的 HBV DNA 阴转 (<15 IU/mL) 率分别为 73% 和 71%，HBV DNA 较基线分别下降 3.66 和 3.74 lgIU/mL，分别有 6 例和 3 例患者仍保持了基线的耐药，两组安全性良好^[129]。多项 TDF 治疗 NAs 经治患者的 48~168 周的研究显示，TDF 用于拉米夫定耐药、阿德福韦酯 (Adefovir dipivoxil, ADV) 耐药、恩替卡韦耐药或多药耐药患者的治疗，均可获得 70%~98% 的病毒学应答，且随着治疗时间的延长，病毒学应答率逐渐升高^[129-139]。

1.3 富马酸丙酚替诺福韦片 (TAF)

全球 III 期临床试验中，581 例 HBeAg 阳性 CHB 患者 (不包括失代偿期肝硬化) 接受 TAF 治疗 48 周，64% 的患者 HBV DNA < 29 IU/mL，ALT 复常率为 72%；10% 发生 HBeAg 血清学转换，HBsAg 消失率为 1%；继续治疗至 96 周，73% 的患者 HBV DNA < 29 IU/mL，ALT 复常率为 75%；HBeAg 血清学转换率增至 18%，HBsAg 消失率为 1%。285 例 HBeAg 阴性 CHB 患者 (不包括失代偿期肝硬化) 接受 TAF 治疗 48 周，94% 的患者 HBV DNA < 29 IU/mL，ALT 复常率为 83%，HBsAg 血清消失率为 0；继续治疗至 96 周，90% 患者 HBV DNA < 29 IU/mL，ALT 复常率为 81%，HBsAg 血清消失率 < 1%^[140-142]。96 周治疗期间，头痛 (12%)、恶心 (6%) 和疲劳 (6%) 是最常见的不良事件^[142]。TAF 治疗 96 周后髋关节、腰椎的骨密度下降值 (-0.33%、-0.75%) 低于 TDF (-2.51%、-2.57%)，两者间差异有统计学意义 ($P < 0.001$)；TAF 治疗后估算的肾小球滤过率 (Estimated glomerular filtration rate, eGFR) 下降的中位值也低于 TDF (-1.2 mg/dL 比 -4.8 mg/dL, $P < 0.001$)^[142]。

1.4 其他药物

替比夫定 (Telbivudine) 可改善 eGFR，但总体耐药率仍偏高^[113]。替比夫定在阻断母婴传播中具有良好的效果和安全性 (详见“特殊人群抗病毒治疗推荐意见”部分)。

2. NAs 的选择

初治患者应首选强效低耐药药物 (恩替卡韦、TDF、TAF) 治疗。不建议 ADV 和拉米夫定用于 HBV 感染者的抗病毒治疗。

正在应用非首选药物治疗的患者，建议换用强效低耐药药物，以进一步降低耐药风险。应用 ADV 者，建议换用恩替卡韦、TDF 或 TAF；应用拉米夫定或替比夫定者，建议换用 TDF、TAF 或恩替卡韦；曾有拉米夫定或替比夫定耐药者，换用 TDF 或 TAF；曾有 ADV 耐药者换用恩替卡韦、TDF 或 TAF^[143]；联合 ADV 和拉米夫定/替比夫定治疗者，换用 TDF 或 TAF。

3.NAs 耐药的预防和处理

3.1 初始治疗患者

强调选择强效低耐药药物，推荐恩替卡韦、TDF、TAF。

3.2 治疗中

定期检测 HBV DNA 定量，以便及时发现病毒学突破，并尽早给予挽救治疗（表 5）。对于 NAs 发生耐药者，改用 IFN α 类联合治疗的应答率较低。

表 5 核苷（酸）类似物耐药挽救治疗推荐

耐药种类	推荐药物
LAM 或 LdT 耐药	换用 TDF 或 TAF
ADV 耐药，之前未使用 LAM 或 LdT	换用 ETV、TDF 或 TAF
ADV 耐药，且对 LAM/LdT 耐药	换用 TDF 或 TAF
ETV 耐药	换用 TDF 或 TAF
ETV 和 ADV 耐药	ETV 联合 TDF，或 ETV 联合 TAF

注：LAM.拉米夫定；LdT.替比夫定；ADV.阿德福韦酯；ETV.恩替卡韦；TDF.富马酸替诺福韦酯；TAF.富马酸丙酚替诺福韦片

4.NAs 治疗的监测

4.1 治疗前相关指标基线检测

（1）生物化学指标主要有 ALT、AST、胆红素、白蛋白等；（2）病毒学和血清学标志物主要有 HBV DNA 定量和 HBsAg、HBeAg、抗-HBe；（3）根据病情需要，检测血常规、血清肌酐水平、血磷水平、肾小管功能等；（4）肝脏无创纤维化检测如肝脏硬度值测定；（5）当恩替卡韦和 TDF 用于肌酐清除率 < 50 mL/min 患者时均需调整剂量；TAF 用于肌酐清除率 < 15 mL/min 且未接受透析的患者时无推荐剂量；其余情况均无需调整剂量。

4.2 密切关注患者治疗依从性问题

包括用药剂量、使用方法、是否有漏用药物或自行停药等情况，确保患者已经了解随意停药可能导致的风险，提高患者依从性。

4.3 少见或罕见不良反应的预防和处理

NAs 总体安全性和耐受性良好，但在临床应用中确有少见、罕见严重不良反应的发生，如肾功能不全（服用 TDF、ADV）、低磷性骨病（服用 TDF、ADV）、肌炎/横纹肌溶解（服用替比夫定）、乳酸酸中毒等（服用恩替卡韦、替比夫定），应引起关注。建议治疗前仔细询问相关病史，以降低风险。对治疗中出现血肌酐、肌酸激酶或乳酸脱氢酶水平明显升高，并伴相应临床表现如全身情况变差、肌痛、肌无力、骨痛等症状的患者，应密切观察，一旦确诊为肾功能不全、肌炎、横纹肌溶解、乳酸酸中毒等，应及时停药或改用其他药物，并给予积极的相应治疗干预。

4.4 耐药监测及处理

随着强效低耐药药物的应用，NAs 长期治疗出现耐药发生率大幅降低。如果在治疗过程中出现 HBV DNA 定量较治疗中最低值升高 $>2 \lg \text{IU/mL}$ ，排除依从性问题后，需及时给予挽救治疗，并进行耐药检测。

十三、IFN α 治疗

我国已批准 PegIFN α 和 IFN α 用于治疗。

1. PegIFN α 治疗的方案及疗效

1.1 PegIFN α 初始单药治疗

多项多中心、随机、对照临床试验显示，HBeAg 阳性 CHB 患者采用 PegIFN α -2a 或国产 PegIFN α -2b 治疗 48 周（180 mg/周），停药随访 24 周，HBV DNA $<2000 \text{ IU/mL}$ 的发生率为 30%，HBeAg 血清学转换率为 30.75%~36.3%（其中基线 ALT $>2 \times \text{ULN}$ 且治疗 12 周时 HBsAg $<1500 \text{ IU/mL}$ 者可高达 68.4%），HBsAg 转换率为 2.3%~3%，停药 3 年 HBsAg 清除率为 11%^[113, 144-146]。PegIFN α -2a 治疗 HBeAg 阴性慢性 HBV 感染者（60%为亚洲人）48 周，停药随访 24 周，HBV DNA $<2000 \text{ IU/mL}$ 的发生率为 43%，停药后随访 48 周时为 42%；HBsAg 消失率在停药随访 24 周、3 年、5 年时分别为 3%、8.7%和 12%^[113, 146]。

PegIFN α 治疗 24 周时，HBV DNA 下降 $<2 \lg \text{IU/mL}$ 且 HBsAg 定量 $>20000 \text{ IU/mL}$ （HBeAg 阳性者）或下降 $<1 \lg \text{IU/mL}$ （HBeAg 阴性者），建议停用 PegIFN α 治疗，改为 NAs 治疗^[112, 116, 146]。

1.2 PegIFN α 与 NAs 联合治疗

对 NAs 经治 CHB 患者中符合条件的优势人群联合 PegIFN α 可使部分患者获得临床治愈^[116, 146]。治疗前 HBsAg 低水平（ $<1500 \text{ IU/mL}$ ）及治疗中 HBsAg 快速下降（12 周或 24 周时 HBsAg $<200 \text{ IU/mL}$ 或下降 $>1 \lg \text{IU/mL}$ ）的患者，联合治疗后 HBsAg 阴转的发生率较高^[147-151]。但联合治疗的基线条件、最佳疗程和持久应答率等，尚需进一步研究。

1.3 PegIFN α 进一步降低 HBV 相关肝癌的发生率

119 对单独应用 PegIFN α 或恩替卡韦治疗的 CHB 患者，随访 5 年发现，采用 PegIFN α 治疗的患者 5 年内均未发生肝细胞癌；而采用恩替卡韦治疗者在随访第 4、5 年时分别有 2 例、1 例发生肝细胞癌，与模型预测发生率间差异无统计学意义（ $P = 0.36$ ）^[152]。另一项包括 682 例采用 NAs、430 例应用 IFN α 单独或联合 NAs 治疗的回顾性研究显示，在中位随访时间 5.41 年时共 31 例发生肝细胞癌，接受 IFN α 治疗患者的 10 年累积肝细胞癌发生率明显低于 NAs 治疗患者（2.7%比 8.0%， $P < 0.001$ ）^[146, 153]。PegIFN α 在降低 HBV 相关肝癌发生率方面的作用值得进一步深入研究。

2. PegIFN α 抗病毒疗效的预测因素

治疗前的预测因素：HBV DNA $<2\times 10^8$ IU/mL，ALT 高水平（2~10 \times ULN）或肝组织炎症坏死 G2 以上，A 或 B 基因型，基线低 HBsAg 水平（ $<25\ 000$ IU/mL）^[6, 112-113, 146, 154-155]，基线核心抗体定量检测（qAnti-HBc）定量高水平^[62-63]，基线信号转导及转录激活蛋白 4（Signal transducer and activator of transcription, STAT4）为 rs7574865^[156]，是提示 IFN 疗效较好的预测指标。Peg-IFN- α 治疗 12 周时的 HBV DNA 水平、HBsAg 定量及其动态变化，可用于预测 IFN 疗效^[146]。

3. PegIFN α 的不良反应及其处理^[6, 112-113]

（1）流感样症候群：发热、头痛、肌痛和乏力等，可在睡前注射 IFN α 或用药时服用非甾体抗炎药。

（2）骨髓抑制：中性粒细胞计数 $\leq 0.75\times 10^9/L$ 和（或）血小板计数 $<50\times 10^9/L$ ，应降低 IFN 剂量；1~2 周后复查，如恢复则增加至原量。中性粒细胞计数 $\leq 0.5\times 10^9/L$ 和（或）血小板计数 $<25\times 10^9/L$ ，则应暂停使用 IFN。对中性粒细胞计数明显降低者，可试用粒细胞集落刺激因子（Granulocyte colony stimulating factor, G-CSF）或粒细胞巨噬细胞集落刺激因子（Granulocyte macrophage colony stimulating factor, GM-CSF）治疗。

（3）精神异常：抑郁、妄想、重度焦虑等。应及时停用 IFN，必要时会同精神心理方面的专科医师进一步诊治。

（4）自身免疫病：部分患者可出现自身抗体，仅少部分患者出现甲状腺疾病、糖尿病、血小板计数减少、银屑病、白斑病、类风湿关节炎和系统性红斑狼疮样综合征等，应请相关科室医师会诊共同诊治，严重者应停药。

（5）其他少见的不良反应：视网膜病变、间质性肺炎、听力下降、肾脏损伤、心血管并发症等，应停止干扰素治疗。

4. PegIFN α 治疗的禁忌证^[6, 112-113]

4.1 绝对禁忌证

妊娠或短期内有妊娠计划、精神病史（具有精神分裂症或严重抑郁症等病史）、未能控制的癫痫、失代偿期肝硬化、未控制的自身免疫病，严重感染、视网膜疾病、心力衰竭、慢性阻塞性肺病等基础疾病。

4.2 相对禁忌证

甲状腺疾病，既往抑郁病史，未控制的糖尿病、高血压、心脏病。

推荐意见 9：HBsAg 阳性慢性感染者采用恩替卡韦、TDF 或 TAF 治疗。治疗 1 年若 HBV DNA 低于检测下限、ALT 复常和 HBsAg 血清学转换后，再巩固治疗至少 3 年（每隔 6 个月复查 1 次）仍保持不变，可考虑停药，延长疗程可减少复发（A1）。

推荐意见 10: HBeAg 阳性 CHB 患者采用 PegIFN α 抗病毒治疗。治疗 24 周时, 若 HBV DNA 下降 $< 2 \lg \text{IU/mL}$ 且 HBsAg 定量 $> 20\,000 \text{ IU/mL}$, 建议停用 PegIFN α 治疗, 改为 NAs 治疗 (A1)。有效患者治疗疗程为 48 周, 可以根据病情需要延长疗程, 但不宜超过 96 周 (B1)。

推荐意见 11: HBeAg 阴性慢性感染者采用恩替卡韦、TDF 或 TAF 治疗, 建议 HBsAg 消失且 HBV DNA 检测不到后停药随访 (A1)。

推荐意见 12: HBeAg 阴性 CHB 患者采用 PegIFN α 抗病毒治疗。治疗 12 周时, 若 HBV DNA 下降 $< 2 \lg \text{IU/mL}$, 或 HBsAg 定量下降 $< 1 \lg \text{IU/mL}$, 建议停用 PegIFN α 治疗, 改为 NAs 治疗 (B1)。有效患者治疗疗程为 48 周, 可以根据病情需要延长疗程, 但不宜超过 96 周 (B1)。

推荐意见 13: 对于代偿期乙型肝炎肝硬化患者, 推荐采用恩替卡韦、TDF 或 TAF 进行长期抗病毒治疗, 或采用 PegIFN α 治疗, 但需密切监测相关不良反应 (A1)。

推荐意见 14: 对于失代偿期乙型肝炎肝硬化患者, 推荐采用恩替卡韦或 TDF 长期治疗, 禁用 IFN 治疗 (A1), 若必要可以应用 TAF 治疗 (C1)。

十四、其他治疗

抗 HBV 治疗可降低 HBV 相关并发症的发生率, 降低 HBV 相关肝癌的发生率, 提高患者生存率, 是慢性 HBV 感染者最重要的治疗措施。此外还有抗炎、抗氧化、保肝、抗纤维化、调节免疫等治疗。

1. 抗炎、抗氧化、保肝治疗

HBV 感染后导致肝细胞炎症坏死是疾病进展的重要病理生理过程。甘草酸制剂、水飞蓟素制剂、多不饱和卵磷脂制剂和双环醇等具有抗炎、抗氧化和保护肝细胞等作用, 有望减轻肝脏炎症损伤。对肝组织炎症明显或 ALT 水平明显升高的患者, 可以酌情使用, 但不宜多种联合。

2. 抗纤维化治疗

多个抗纤维化中药方剂如安络化纤丸、复方鳖甲软肝片、扶正化瘀片等, 在动物实验和临床研究中均显示一定的抗纤维化作用^[157-161], 对明显纤维化或肝硬化患者可以酌情选用。但尚需多中心随机对照研究进一步明确其疗程及长期疗效等。

十五、慢性 HBV 感染者的监测和随访管理^[6, 112-113]

1. 慢性 HBV 携带状态和非活动性 HBsAg 携带状态患者的管理

慢性 HBV 携带状态因处于免疫耐受期, 患者肝内无炎症活动或仅有轻微炎症, 且此期患者抗病毒治疗效果欠佳, 所以目前不推荐进行抗病毒治疗。但需要强调, 一部分免疫耐受期患者可能会进入免疫清除期而出现肝炎活动。因此, 对于 HBV 携

带状态应每 6~12 个月进行血常规、生物化学、病毒学、甲胎蛋白、腹部超声和肝纤维化无创诊断技术等检查，必要时行肝活组织检查，若符合抗病毒治疗指征，及时启动治疗。

非活动性 HBsAg 携带状态处于免疫控制期，但仍有发展成 HBeAg 阴性 CHB 的可能，且长期随访仍有发生肝细胞癌的风险。因此，建议每 6~12 个月进行血常规、生物化学、病毒学、甲胎蛋白、腹部超声和肝纤维化无创诊断技术等检查，必要时进行肝活组织检查，若符合抗病毒治疗指征，及时启动治疗。

2. 抗病毒治疗过程中的监测

抗病毒治疗过程中的定期监测是为了监测抗病毒治疗的疗效、用药依从性，以及耐药情况和不良反应。

2.1 应用 PegIFN α 的患者

血常规检查（治疗第 1 个月每 1~2 周 1 次，稳定后每月 1 次），肝脏生物化学检查（每月 1 次），甲状腺功能和血糖值检测（每 3 个月 1 次），HBV DNA、HBsAg、HBeAg 和抗-HBe 定量检测（每 3 个月 1 次），肝脏硬度值测定（每 6 个月 1 次），腹部超声检查和甲胎蛋白检测等（无肝硬化者每 6 个月 1 次，肝硬化者每 3 个月 1 次），必要时做增强 CT 或增强 MRI 以早期发现肝细胞癌。

2.2 NAs 类药物

血常规、肝脏生物化学指标、HBV DNA 定量和 HBV 感染 5 项指标、肝脏硬度值测定等，每 3~6 个月检测 1 次；腹部超声检查和甲胎蛋白等（无肝硬化者每 6 个月 1 次，肝硬化者每 3 个月 1 次）；必要时做增强 CT 或增强 MRI 以早期发现肝细胞癌。采用 TDF 者，每 6~12 个月检测 1 次血磷水平、肾功能，有条件者可监测肾小管早期损伤指标。

3. 抗病毒治疗结束后的随访

治疗结束后对停药患者进行密切随访的目的：评估抗病毒治疗的长期疗效，监测疾病进展以及肝细胞癌的发生。因此，不论患者在抗病毒治疗过程中是否获得应答，在停药后前 3 个月内应每月检测 1 次肝脏生物化学指标、HBV 感染 5 项指标和 HBV DNA 定量；之后每 3 个月检测 1 次，1 年后每 6 个月检测 1 次。无肝硬化的患者需每 6 个月行 1 次腹部超声检查和甲胎蛋白检测等，肝硬化患者需每 3 个月检测 1 次，必要时做增强 CT 或增强 MRI 以早期发现肝细胞癌。

十六、特殊人群抗病毒治疗的推荐意见

1. 应答不佳患者

1.1 CHB 患者

采用恩替卡韦、TDF 或 TAF 治疗 48 周，若 HBV DNA $>2 \times 10^3$ IU/mL，排除依从性和检测误差后，可调整 NAs 治疗方案（采用恩替卡韦者换用 TDF 或 TAF^[162-163]，采用

TDF 或 TAF 者换用恩替卡韦，或两种药物联合使用）。也可以联合 PegIFN α 治疗。

1.2 乙型肝炎肝硬化患者

采用恩替卡韦、TDF 或 TAF 治疗 24 周，若 HBV DNA $>2\times 10^3$ IU/mL，排除依从性和检测误差后，建议调整 NAs 治疗方案（采用恩替卡韦者可改用 TDF 或 TAF，采用 TDF 或 TAF 者可改用恩替卡韦），或两种药物联合使用（恩替卡韦联用 TDF 或 TAF）。

2.应用化学治疗和免疫抑制剂治疗的患者

慢性 HBV 感染者接受肿瘤化学治疗或免疫抑制剂治疗有可能导致 HBV 再激活，重者可导致肝衰竭甚至死亡。大约 20%~50%的 HBsAg 阳性、抗-HBc 阳性肿瘤患者，8%~18%的 HBsAg 阴性、抗-HBc 阳性肿瘤患者，在抗肿瘤治疗后发生 HBV 再激活^[164-165]。预防性抗病毒治疗可以明显降低乙型肝炎再激活发生率^[166-167]。建议选用强效低耐药的恩替卡韦、TDF 或 TAF 治疗^[168-170]。

所有接受化学治疗或免疫抑制剂治疗的患者，起始治疗前应常规筛查 HBsAg、抗-HBc。

HBsAg 阳性者应尽可能早在开始使用免疫抑制剂及化学治疗药物之前(通常为 1 周)或最迟与之同时应用 NAs 抗病毒治疗^[6, 171-172]。

HBsAg 阴性、抗-HBc 阳性患者，若 HBV DNA 阳性，也需要进行预防性抗病毒治疗^[112]；如果 HBV DNA 阴性，可每 1~3 个月监测 ALT 水平、HBV DNA 和 HBsAg，一旦 HBV DNA 或 HBsAg 转为阳性，应立即启动抗病毒治疗^[112, 173]。

HBsAg 阴性、抗-HBc 阳性者，若使用 B 细胞单克隆抗体或进行造血干细胞移植，HBV 再激活风险高^[174-175]，建议预防性使用抗病毒药物治疗^[112, 165, 168, 176-177]。

应用化学治疗和免疫抑制剂的 CHB 或肝硬化患者，NAs 抗病毒的疗程、随访监测和停药原则与普通 CHB 或肝硬化患者相同。处于免疫耐受和免疫控制状态的慢性 HBV 感染患者，或 HBsAg 阴性、抗 HBc 阳性、需要采用 NAs 预防治疗的患者，在化学治疗和免疫抑制剂治疗结束后，应继续恩替卡韦、TDF 或 TAF 治疗 6~12 个月^[6, 168, 178]。对于应用 B 细胞单克隆抗体或进行造血干细胞移植患者，在免疫抑制治疗结束至少 18 个月后方可考虑停用 NAs^[179-180]。NAs 停用后可能会出现 HBV 复发，甚至病情恶化，应随访 12 个月，其间每 1~3 个月监测 HBV DNA。

3.妊娠相关情况的处理

育龄期及准备妊娠女性均应筛查 HBsAg，对于 HBsAg 阳性者需要检测 HBV DNA^[181]。对于有抗病毒治疗适应证患者，可在妊娠前应用 PegIFN α 治疗，以期在妊娠前 6 个月完成治疗。在治疗期间应采取可靠的避孕措施。若不适合应用 PegIFN α 或治疗失败，可采用 TDF 抗病毒治疗。对于妊娠期间首次诊断 CHB 的患者，其治疗适应证同普通 CHB 患者，可使用 TDF 抗病毒治疗。妊娠前或妊娠期间开始服用抗病毒药物的

CHB 孕产妇，产后应继续抗病毒治疗，并根据病毒学应答情况，决定是继续原治疗方案，还是换用其他 NAs 或 PegIFN α 继续治疗。

抗病毒治疗期间意外妊娠的患者，若正在服用 TDF，建议继续妊娠；若正在服用恩替卡韦，可不终止妊娠，建议更换为 TDF 继续治疗；若正在接受 IFN α 治疗，建议向孕妇和家属充分告知风险，由其决定是否继续妊娠，若决定继续妊娠则要换用 TDF 治疗。

血清 HBV DNA 高水平是母婴传播的高危因素，妊娠中后期如果 HBV DNA 定量 $>2 \times 10^5$ IU/mL^[182]，建议在与患者充分沟通，在其知情同意的基础上，于妊娠第 24~28 周开始抗病毒治疗，应用 TDF 或替比夫定^[183-184]。应用 TDF 时，母乳喂养不是禁忌证^[185-186]。

免疫耐受期口服 NAs 的孕妇，可于产后即刻或服用 1~3 个月后停药。停药后 17.2%~62% 的患者可能发生肝炎活动，且多发生在 24 周内^[187-189]，应加强产后监测。可于产后 4~6 周时复查肝生物化学指标及 HBV DNA，如肝生物化学指标正常，则每 3 个月复查 1 次至产后 6 个月，如果乙型肝炎活动，建议抗病毒治疗。

男性患者抗病毒治疗相关生育问题：应用 IFN α 治疗的男性患者，应在停药后 6 个月方可考虑生育；应用 NAs 抗病毒治疗的男性患者，目前尚无证据表明 NAs 治疗对精子的不良影响，可与患者充分沟通的前提下考虑生育。

4. 儿童患者

儿童 HBV 感染者如果处于免疫耐受期，暂不考虑抗病毒治疗。对于慢性肝炎或肝硬化患儿，应及时抗病毒治疗。儿童 CHB 患者抗病毒治疗可明显抑制 HBV DNA 复制，增加 ALT 复常率及 HBeAg 转换率^[190]。但需考虑长期治疗的安全性及耐药性问题^[112, 191-192]。

目前美国食品药品监督管理局（Food and drug administration, FDA）批准用于儿童患者治疗的药物包括 IFN α （ ≥ 1 岁）、恩替卡韦（ ≥ 2 岁）和 TDF（ ≥ 2 岁，且体质量 ≥ 10 kg）^[6, 190]。我国已批准 TAF 用于青少年（ ≥ 12 岁，且体质量 ≥ 35 kg）。PegIFN α -2a 可应用于 ≥ 5 岁 CHB 儿童^[6]。

ALT 升高的 HBeAg 阳性 CHB 患者可选用有限疗程的 IFN α 或 PegIFN α -2a 治疗以实现 HBeAg 转换^[178, 193]，也可选用恩替卡韦、TDF 或 TAF 治疗。IFN α 用于儿童患者的推荐剂量为每周 3 次，每次 300~600 万单位/m² 体表面积，最大剂量不超过 1 000 万单位/m² 体表面积，推荐疗程为 24~48 周；PegIFN α -2a 每次剂量 180 μ g/1.73 m² 体表面积，疗程为 48 周^[194]。恩替卡韦、TDF 或 TAF 剂量参照美国 FDA、WHO 推荐意见和相关药物说明书（表 6）^[8, 190, 193]。

表6 儿童使用核苷(酸)类药的推荐剂量

药物	体质量(kg)	剂量(mg/d)
ETV(年龄≥2岁,且体质量≥10 kg; 体质量>30 kg,按成人剂量)	10~11	0.15
	>11~14	0.20
	>14~17	0.25
	>17~20	0.30
	>20~23	0.35
	>23~26	0.40
	>26~30	0.45
	>30	0.50
TDF		
年龄≥2岁,且体质量≥17 kg,可口服 片剂者	17~<22	150
	22~<28	200
	28~<35	250
	≥35	300
年龄≥2岁,且体质量≥10 kg,不能口 服片剂者,可使用粉剂,提供专用小 勺,40 mg/勺	10~<12	80(2勺)
	12~<14	100(2.5勺)
	14~<17	120(3勺)
	17~<19	140(3.5勺)
	19~<22	160(4勺)
	22~<24	180(4.5勺)
	24~<27	200(5勺)
	27~<29	220(5.5勺)
	29~<32	240(6.0勺)
	32~<34	260(6.5勺)
	34~<35	280(7.0勺)
	≥35	300(7.5勺)
TAF(年龄≥12岁)	≥35	25

注:ETV. 恩替卡韦;TDF. 富马酸替诺福韦酯;TAF. 富马酸丙酚替诺福韦片

对于普通 IFN α 或 PegIFN α -2a 治疗未实现 HBeAg 转换或 HBeAg 阴性的 CHB 患儿及肝硬化患儿,可应用 NAs 治疗^[178]。

5. 肾功能损伤患者

肾脏损伤高危风险包括以下 1 个或多个因素:失代偿期肝硬化、eGFR<60 mL / (min·1.73 m²体表面积)、控制不良的高血压、蛋白尿、未控制的糖尿病、活动的肾小球肾炎、伴随使用肾毒性药物或接受实体器官移植等^[112]。当存在肾损伤高危风险时,应用任何 NAs 抗病毒过程中均需监测肾功能变化。若应用 ADV 或 TDF 治疗,无论患者是否存在肾脏损伤高危风险,均需定期监测血清肌酐、血磷水平^[195-196]。

慢性肾脏病患者、肾功能不全或接受肾脏替代治疗的患者,推荐恩替卡韦或 TAF 作为一线抗 HBV 治疗药物, 或可根据患者情况选用替比夫定进行抗病毒治疗, 不建议应用 ADV 或 TDF^[197-198]。目前上市的 NAs 中, TAF 在不合并 HIV 感染的患者 eGFR \geq 15 mL/(min \cdot 1.73 m² 体表面积)时不需调整剂量, 其他 NAs 在 eGFR $<$ 50 mL/(min \cdot 1.73 m² 体表面积)时则需调整给药剂量, 具体剂量调整方案可参考相关药品说明书。

对于 HBsAg 阳性的肾移植患者, 可选用恩替卡韦或 TAF 作为预防或治疗药物。由于存在增加排斥反应的风险, 肾移植患者应避免使用 IFN α 或 PegIFN α 治疗。

HBV 相关肾小球肾炎可应用 NAs 抗病毒治疗, 推荐使用恩替卡韦或 TAF^[199]。

已应用 ADV 或 TDF 抗病毒治疗的患者, 当发生肾脏或骨骼疾病或存在其他高危风险时, 建议改用恩替卡韦或 TAF^[197]。

推荐意见 15: CHB 患者应用恩替卡韦、TDF 或 TAF 治疗 48 周, 若 HBV DNA $>$ 2 \times 10³ IU/mL, 排除依从性和检测误差后, 可调整 NAs 治疗(应用恩替卡韦者换用 TDF 或 TAF, 应用 TDF 或 TAF 者换用恩替卡韦, 或两种药物联合使用)(C2)。也可以联合 PegIFN α 治疗(B1)。乙型肝炎肝硬化患者应用恩替卡韦、TDF 或 TAF 治疗 24 周, 若 HBV DNA $>$ 2 \times 10³ IU/mL, 排除依从性和检测误差后, 建议调整 NAs 治疗(应用恩替卡韦者换用 TDF 或 TAF, 应用 TDF 或 TAF 者换用恩替卡韦, 或两种药物联合使用)(C2)。

推荐意见 16: 所有接受化学治疗、免疫抑制剂治疗的患者, 起始治疗前都应常规筛查 HBsAg、抗-HBc(A1)。对于 HBsAg 阳性者, 在开始免疫抑制剂及化学治疗药物前 1 周或至少同时进行抗病毒治疗(A1), 应用恩替卡韦、TDF 或 TAF(B1)。对于 HBsAg 阴性、抗-HBc 阳性者, 若使用 B 细胞单克隆抗体或进行造血干细胞移植, 建议应用恩替卡韦、TDF 或 TAF 抗病毒治疗(B1)。

推荐意见 17: 慢性 HBV 感染者准备近期妊娠, 或妊娠期间有抗病毒指征时, 在充分沟通并知情同意后, 可以使用 TDF 治疗(B1)。

推荐意见 18: 抗病毒治疗期间意外妊娠的患者, 若使用 TDF 治疗, 建议继续妊娠; 若使用恩替卡韦, 可不终止妊娠, 建议换用 TDF 治疗(B1)。若应用 IFN 治疗, 建议向孕妇和家属充分告知风险, 由其决定是否继续妊娠, 若继续妊娠应换用 TDF 治疗(C2)。

推荐意见 19: 妊娠中后期 HBV DNA 定量 $>$ 2 \times 10⁵ IU/mL, 在充分沟通并知情同意的基础上, 可于妊娠第 24~28 周开始应用 TDF 或替比夫定抗病毒治疗(A1)。建议免疫耐受期孕妇于产后即刻或 1~3 个月停药。应用 TDF 治疗, 母乳喂养不是禁忌证(C2)。停药后应至少每 3 个月检测肝生物化学和 HBV DNA 等指标, 直至产后 6 个月, 发生肝炎活动者应立即启动抗病毒治疗(A2)。

推荐意见 20: 对于进展期肝病或肝硬化患儿, 应及时进行抗病毒治疗, 但需考虑长期治疗的安全性及耐药性问题。1 岁及以上儿童可考虑 IFN α 治疗, 2 岁及以上可选用恩替卡韦或 TDF 治疗, 5 岁及以上儿童可选用 PegIFN α -2a, 12 岁及以上可选用 TAF 治疗 (A1)。

推荐意见 21: 慢性肾脏病患者、肾功能不全或接受肾脏替代治疗的患者, 推荐恩替卡韦或 TAF 作为一线抗 HBV 治疗药物, 或可根据患者情况选用替比夫定进行抗病毒治疗, 不建议应用 ADV 或 TDF (B1)。对于存在肾脏损伤高危风险的 CHB 患者, 应用任何 NAs 抗病毒过程中均需监测肾功能变化。已应用 ADV 或 TDF 的患者发生肾脏或骨骼疾病或存在高危风险时, 建议改用恩替卡韦或 TAF (B1)。

6. HBV 和 HCV 合并感染患者

所有 HBsAg 阳性者都应筛查抗-HCV, 如为阳性, 则需进一步检测 HCV RNA 定量。HCV RNA 定量阳性者均需应用直接抗病毒药物 (Direct acting agents, DAA) 治疗。此类患者有发生 HBV 再激活的风险, 因此在应用抗 HCV 治疗期间和停药后 3 个月内, 建议联合恩替卡韦、TDF 或 TAF 抗病毒治疗并密切监测^[112]。

HBsAg 阴性、抗-HBc 阳性者应用 DAA 治疗丙型肝炎过程中也有 HBV 再激活的风险, 建议每月监测血清 HBV DNA 定量和 HBsAg, 若出现阳转, 建议应用抗病毒治疗^[112]。

推荐意见 22: HCV 和 HBV 合并感染者应用 DAA 治疗 HCV 时, 若 HBsAg 阳性, 需给予 NAs 治疗以预防 HBV 再激活, DAA 治疗结束 12 周后, 可考虑停止 NAs 治疗 (B2); HBsAg 阴性、抗-HBc 阳性者应用 DAA 期间, 需密切监测 HBV DNA 和 HBsAg 定量, 如阳转, 建议应用 NAs 治疗 (B2)。

7. HBV 和 HIV 合并感染患者

不论 CD4⁺ T 淋巴细胞水平如何, 只要无抗 HIV 暂缓治疗的指征, 均建议尽早启动抗反转录病毒治疗 (Anti retroviral therapy, ART)。HIV 和 HBV 合并感染者应同时治疗两种病毒感染, 包括两种抗 HBV 活性的药物, 高效抗反转录病毒治疗 (Highly active anti retroviral therapy, HAART) 方案 NAs 选择推荐 TDF 或 TAF+ 拉米夫定或依曲西他滨 (Emtricitabine, FTC) (其中 TDF +FTC 及 TAF+FTC 有合剂剂型)。治疗过程中需对 HBV 相关指标, 如 HBV DNA、肝生物化学指标、肝脏影像学指标等进行监测。对于 HIV 和 HBV 合并感染者, 不建议选择仅含有 1 种对 HBV 有活性的 NAs (TDF、拉米夫定、恩替卡韦、替比夫定、ADV) 的方案治疗乙型肝炎, 以避免诱导 HIV 对 NAs 耐药性的产生^[200-201]。

需要注意, 肾功能不全患者: (1) 如肌酐清除率 < 60 mL/(min·1.73 m² 体表面积), 不能选择 TDF 或调整 TDF 剂量。(2) 肌酐清除率 < 50 mL/(min·1.73 m² 体表面积) 而 > 30 mL/(min·1.73 m² 体表面积), 可考虑选择包含 TAF+ (FTC 或拉米夫定)

的方案。TAF 尚未被批准应用于 $eGFR < 30 \text{ mL}/(\text{min} \cdot 1.73 \text{ m}^2)$ 患者。(3) 不能使用 TDF/TAF 时，在 HAART 方案的基础上应加用恩替卡韦。妊娠期妇女：如 HIV 和 HBV 合并感染者为妊娠期妇女，建议使用包含拉米夫定 (FTC) +TDF 在内的用药方案^[202]。

推荐意见 23：HBV 和 HIV 合并感染者，建议选择对 HIV 和 HBV 均有效的抗病毒药物组合 (A1)

8.HBV 相关肝衰竭患者

HBV 相关急性、亚急性、慢加急性和慢性肝衰竭患者的病死率高，若 HBsAg 阳性建议应用抗病毒治疗。

抗 HBV 治疗可改善 HBV 相关慢加急性肝衰竭 (Acute-on-chronic liver failure, ACLF) 的长期预后^[203-204]。多项临床研究证实，恩替卡韦和拉米夫定均可有效降低 ACLF 的病死率^[205-206]。荟萃分析显示，治疗 HBV 相关的 ACLF 时，恩替卡韦优于拉米夫定^[206-207]。也有小样本临床研究发现，替比夫定和 TDF 治疗 HBV 相关的 ACLF 可获益^[208-209]。与 TDF 相比，TAF 在保持抗病毒疗效的同时可减轻肾脏毒性^[198]，但是 TAF 治疗肝衰竭的临床证据尚不足。早期快速降低 HBV DNA 定量水平是治疗的关键^[205, 208]，若 HBV DNA 定量水平在 2~4 周内能下降 2 lgIU/mL，患者生存率可提高^[207-208]。抗病毒药物应选择快速、强效、低耐药的 NAs (恩替卡韦、TDF 或 TAF)^[210]。肝衰竭患者恢复后，抗病毒治疗应长期坚持。

推荐意见 24：HBV 相关急性、亚急性、慢加急性和慢性肝衰竭患者，若 HBsAg 阳性建议应用恩替卡韦、TDF 或 TAF 抗病毒治疗 (A1)。

9.HBV 相关肝细胞癌患者

HBV DNA 阳性的肝细胞癌患者接受抗 HBV 治疗可减少肝细胞癌术后的复发，提高总体生存率^[211-217]。抗病毒药物应选择快速、强效的 NAs (恩替卡韦、TDF 或 TAF)。无禁忌证患者也可应用 IFN α 。

HBsAg 阳性而 HBV DNA 阴性的肝细胞癌患者接受肝脏切除、肝动脉化学治疗栓塞术、放射治疗或全身化学治疗时，都可能出现 HBV 再激活^[218-222]，建议使用恩替卡韦、TDF 或 TAF 进行抗病毒治疗。

推荐意见 25：HBV 相关肝细胞癌患者，若 HBsAg 阳性，建议应用恩替卡韦、TDF 或 TAF 进行抗病毒治疗(A1)。

10.肝移植患者

患者因 HBV 相关疾病（包括肝衰竭、肝细胞癌）进行肝移植时，应合理选用抗 HBV 方案，减少移植肝再感染 HBV 的风险。其具体方案主要取决于再感染的主要因素，即移植前的 HBV DNA 定量水平。

如移植前 HBV DNA 定量阴性，则意味着再感染风险低，可在术前尽早使用强效低耐药的 NAs，即恩替卡韦、TDF 或 TAF，预防 HBV 再激活，术后无需加用 HBIG^[223-224]。如移植前 HBV DNA 阳性，则意味着再感染风险高。术前尽早使用强效低耐药的 NAs 以降低 HBV DNA 水平；术中无肝期应静脉注射 HBIG；术后除了长期应用 NAs，还应联合应用低剂量 HBIG 持续 0.5~1.0 年，此后再继续单用 NAs^[223, 225-226]。近年来，有研究发现在应用恩替卡韦治疗的患者中缩短 HBIG 疗程仍然有效^[227]。如果患者已经应用了其他 NAs 药物，需密切监测 HBV DNA，警惕耐药，及时调整方案。此外也有肝移植术后接种乙型肝炎疫苗预防复发的报道，但其临床应用尚有争议^[228]。

推荐意见 26：因 HBV 相关感染进行肝移植患者，若 HBsAg 阳性，建议在肝移植前开始应用恩替卡韦、TDF 或 TAF 进行抗病毒治疗(A1)。

十七、尚待研究和解决的临床问题

1. 发现和评价可用于鉴别慢性 HBV 感染自然史不同时期的新标志物。
2. 明确新的血清标志物如抗-HBc 定量水平在 ALT 水平正常患者治疗决策中的价值。
3. 肝纤维化无创诊断指标在启动治疗、评价疗效和预测长期转归中的价值。
4. 不同 NAs 长期治疗对肝硬化逆转及肝细胞癌发生率的影响。
5. 指导安全停用 NAs 的临床指标及生物学标志物。
6. 研发以临床治愈（功能性治愈）为目标的创新药物，并评价和现有药物的协同、联合等作用。
7. 利用真实世界资料（如长期随访队列或医疗、医保大数据库）评价已上市药物的安全性、疗效和成本效益比，为临床和公共卫生决策提供证据。
8. 创新 CHB 的管理模式，提高 CHB 发现率、诊断率和治疗率，降低乙型肝炎相关病死率。