

《慢性乙型肝炎防治指南》 (2015年版)

中华医学会肝病学分会
中华医学会感染病学分会

2015年10月

目 录

一、术语	1
二、流行病学和预防	3
三、病原学	5
四、自然史及发病机制	5
五、实验室检查	7
六、肝纤维化非侵袭性诊断	8
七、影像学诊断	9
八、病理学诊断	9
九、临床诊断	10
十、治疗目标	11
十一、抗病毒治疗的适应证	12
十二、普通IFN α 和PegIFN- α 治疗	13
十三、NAs治疗和监测	15
十四、抗病毒治疗推荐意见及随访管理	19
十五、特殊人群抗病毒治疗推荐意见	23
十六、待解决的问题	27

本指南为规范慢性乙型肝炎（CHB）的预防、诊断和抗病毒治疗而制订，涉及 CHB 其他治疗策略和方法请参阅相关的指南和共识。

中华医学会肝病学分会和感染病学分会于 2005 年组织国内有关专家制订了《慢性乙型肝炎防治指南》（第 1 版），并于 2010 年第 1 次修订。近 5 年来，国内外有关 CHB 的基础和临床研究取得很大进展，为此我们对本指南再次修订。

本指南旨在帮助临床医生在 CHB 诊断、预防和抗病毒治疗中做出合理决策，但不是强制性标准，也不可能涵盖或解决 CHB 诊治及管理中的所有问题。因此，临床医生在面对某一患者时，应在充分了解有关本病的最佳临床证据、认真考虑患者具体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，制订全面合理的诊疗方案。我们将根据国内外的有关进展，继续对本指南进行不断更新和完善。

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（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
证据级别	
A 高质量	进一步研究不大可能改变对该疗效评估结果的信心
B 中等质量	进一步研究有可能对该疗效评估结果的信心产生重要影响
C 低质量	进一步研究很有可能影响该疗效评估结果，且该评估结果很可能改变
推荐等级	
1 强推荐	充分考虑到了证据的质量、患者可能的预后情况及治疗成本而最终得出
2 弱推荐	证据价值参差不齐，推荐意见存在不确定性，或推荐的治疗意见可能会有较高的成本疗效比等，更倾向于较低等级的推荐

一、术语

慢性 HBV 感染 (chronic HBV infection)—HBsAg 和（或）HBV DNA 阳性 6 个月以上。

慢性乙型肝炎 (chronic hepatitis B, CHB)—由乙型肝炎病毒持续感染引起的肝脏慢性炎症性疾病。可分为 HBeAg 阳性 CHB 和 HBeAg 阴性 CHB。

HBeAg 阳性慢性乙型肝炎 (HBeAg positive chronic hepatitis B)—血清 HBsAg 阳性、HBeAg 阳性、HBV DNA 阳性，ALT 持续或反复升高，或肝组织学检查有肝炎病变。

HBeAg 阴性慢性乙型肝炎 (HBeAg negative chronic hepatitis B)—血清 HBsAg 阳性, HBeAg 阴性, HBV DNA 阳性, ALT 持续或反复升高, 或肝组织学检查有肝炎病变。

非活动性 HBsAg 携带者 (inactive HBsAg carrier)—血清 HBsAg 阳性, HBeAg 阴性, HBV DNA 低于检测下限, 1 年内连续随访 3 次以上, 每次至少间隔 3 个月, ALT 均在正常范围。肝组织学检查显示: 组织学活动指数(HAI)评分 <4 分或根据其他的半定量计分系统判定病变轻微。

乙型肝炎康复 (resolved hepatitis B)—既往有急性或 CHB 病史, HBsAg 阴性, 抗 HBs 性或阴性, 抗-HBc 阳性, HBV DNA 低于检测下限, ALT 在正常范围。

慢性乙型肝炎急性发作 (acute exacerbation or flare of hepatitis B)—排除其他肝损伤因素后 ALT 升高至正常值上限 (ULN) 10 倍以上。

乙型肝炎再活动 (reactivation of hepatitis B)—在 HBV DNA 持续稳定的患者, HBV DNA 升高 $\geq 2 \log_{10}$ IU/mL, 或基线 HBV DNA 阴性者由阴性转为阳性且 ≥ 100 IU/mL, 缺乏基线 HBV DNA 者 HBV DNA $\geq 20\,000$ IU/mL。往往再次出现肝脏炎症坏死, ALT 升高。常常发生于非活动性 HBsAg 携带者或乙型肝炎康复者中, 特别是在接受免疫抑制治疗或化疗时。

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 阴转, 出现抗-HBe。

HBeAg 逆转 (HBeAg reversion)—既往 HBeAg 阴性、抗-HBe 阳性的患者再次出现 HBeAg。

组织学应答 (histological response)—肝脏组织学炎症坏死降低 ≥ 2 分, 且无肝纤维化评分的增高; 或按 Metavir 评分, 肝纤维化评分降低 ≥ 1 分。

完全应答 (complete response) 持续病毒学应答且 HBsAg 阴转或伴有抗-HBs 阳转。

临床治愈 (clinical cure): 持续病毒学应答且 HBsAg 阴转或伴有抗-HBs 阳转、ALT 正常、肝组织病变轻微或无病变。

原发性无应答 (primary nonresponse)—核苷(酸)类药物 (nucleos(t)ide analogs, NAs) 治疗依从性良好的患者, 治疗 12 周时 HBV DNA 较基线下降幅度 $<1 \log_{10}$ IU/mL 或 24 周时 HBV DNA 较基线下降幅度 $<2 \log_{10}$ IU/mL。

应答不佳或部分病毒学应答 (suboptimal or partial virological response)—NAs 抗病毒治疗中依从性良好的患者, 治疗 24 周时 HBV DNA 较基线下降幅度 $>2 \log_{10}$ IU/mL, 但仍然可以检测到。

病毒学应答 (virological response)—治疗过程中, 血清 HBV DNA 低于检测下限。

病毒学突破 (virological breakthrough)—NAs 治疗依从性良好的患者, 在未更改治疗的情况下, HBV DNA 水平比治疗中最低点上升 1 个 log 值, 或一度转阴后又转为阳性, 并在 1 个月后以相同试剂重复检测加以确定, 可有或无 ALT 升高。

病毒学复发 (viral relapse)—获得病毒学应答的患者停药后, 间隔 1 个月两次检测 HBV DNA 均 $>2\,000$ IU/mL。

临床复发 (clinical relapse)—病毒学复发并且 ALT $>2 \times$ ULN, 但应排除其他因素引起的 ALT 增高。

持续病毒学应答(sustained off-treatment virological response)—停止治疗后血清 HBV DNA 持续低于检测下限。

耐药(drug resistance)—检测到和 NAs 相关的 HBV 耐药基因突变,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、并和基因耐药相关,称为表型耐药 (phenotypic resistance)。针对一种抗病毒药物出现的耐药突变对另外一种或几种抗病毒药物也出现耐药,称为交叉耐药 (cross resistance)。至少对两种不同类别的 NAs 耐药,称为多药耐药 (multidrug resistance)。

二、流行病学和预防

(一) 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。据世界卫生组织报道,全球约 20 亿人曾感染 HBV,其中 2.4 亿人为慢性 HBV 感染者¹,每年约有 65 万人死于 HBV 感染所致的肝功能衰竭、肝硬化和肝细胞癌 (HCC)²。全球肝硬化和 HCC 患者中,由 HBV 感染引起的比例分别为 30%和 45%^{2,3}。我国肝硬化和 HCC 患者中,由 HBV 感染引起的比例分别为 60%和 80%⁴。由于乙型肝炎疫苗免疫普及,急性 HBV 感染明显减少,以及感染 HBV 人口的老齡化,再加上抗病毒药物的广泛应用,近年 HBeAg 阴性 CHB 患者的比例有所上升⁵。

2006 年全国乙型肝炎血清流行病学调查表明,我国 1~59 岁一般人群 HBsAg 携带率为 7.18%^{6,7}。据此推算,我国有慢性 HBV 感染者约 9300 万人,其中 CHB 患者约 2000 万例⁸。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 检出率分别为 0.32%、0.94%和 4.38%。

HBV 主要经血(如不安全注射等)、母婴及性接触传播⁹。由于对献血员实施了严格的 HBsAg 和 HBV DNA 筛查,经输血或血液制品引起的 HBV 感染已较少发生;经破损的皮肤或黏膜传播主要是由于使用未经严格消毒的医疗器械、侵入性诊疗操作、不安全注射特别是注射毒品等;其他如修足、纹身、扎耳环孔、医务人员工作中的意外暴露、共用剃须刀和牙刷等也可传播¹⁰。母婴传播主要发生在围生期,大多在分娩时接触 HBV 阳性母亲的血液和体液。随着乙型肝炎疫苗联合乙型肝炎免疫球蛋白 (HBIG) 的应用,母婴传播已明显减少¹⁰。与 HBV 阳性者发生无防护的性接触,特别是有多个性伴侣者,其感染 HBV 的危险性增高。

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,如同一办公室工作(包括共用计算机等办公用品)、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⁹。

(二) 预防

1. 乙型肝炎疫苗预防

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¹¹,其次为婴幼儿,15 岁以下未免疫人群和高危人群(如医务人员、经常接触血液的人员、托幼机构工作人员、接受器官移植患者、经常接受输血或血液制品者、免疫功能低下者、HBsAg 阳性者的家庭成员、男男同性性行为、有多个性伴侣者和静脉内注射毒品者等)。

乙型肝炎疫苗全程需接种3针,按照0、1和6个月程序,即接种第1针疫苗后,在1个月和6个月时注射第2和第3针疫苗。新生儿接种第一针乙型肝炎疫苗要求在出生后24 h内,越早越好。接种部位新生儿为臀前部外侧肌肉内或上臂三角肌肌内注射,儿童和成人上臂三角肌中部肌内注射。

单用乙型肝炎疫苗阻断母婴传播的阻断率为87.8%¹²。对HBsAg阳性母亲所生新生儿,应在出生后24 h内尽早(最好在出生后12 h)注射HBIG,剂量应 ≥ 100 IU,同时在不同部位接种10 μ g重组酵母乙型肝炎疫苗,在1个月和6个月时分别接种第2和第3针乙型肝炎疫苗,可显著提高阻断母婴传播的效果^{13,14}。新生儿在出生12 h内注射HBIG和乙型肝炎疫苗后,可接受HBsAg阳性母亲的哺乳¹⁰。

HBV DNA水平是影响HBV母婴传播的最关键因素¹³。HBV DNA水平较高($>10^6$ IU/mL)母亲的新生儿更易发生母婴传播。近年有研究显示,对这部分母亲在妊娠中后期应用抗病毒药物,可使孕妇产前血清中HBV DNA水平降低,提高新生儿的母婴阻断成功率¹⁴⁻¹⁷。具体请参见“特殊人群抗病毒治疗—妊娠相关情况处理”。

对HBsAg阴性母亲所生新生儿可用10 μ g重组酵母乙型肝炎疫苗免疫;对新生儿时期未接种乙型肝炎疫苗的儿童应进行补种,剂量为10 μ g重组酵母乙型肝炎疫苗或20 μ g仓鼠卵巢细胞(Chinese hamster ovary, CHO)重组乙型肝炎疫苗;对成人建议接种3针20 μ g重组酵母乙型肝炎疫苗或20 μ g CHO重组乙型肝炎疫苗。对免疫功能低下或无应答者,应增加疫苗的接种剂量(如60 μ g)和针次;对3针免疫程序无应答者可再接种1针60 μ g或3针20 μ g重组酵母乙型肝炎疫苗,并于第2次接种乙型肝炎疫苗后1~2个月检测血清中抗-HBs,如仍无应答,可再接种1针60 μ g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12年¹⁸,因此,一般人群不需要进行抗-HBs监测或加强免疫。但对高危人群可进行抗-HBs监测,如抗-HBs <10 mIU/mL,可给予加强免疫¹⁹。

2.意外暴露后预防

当有破损的皮肤或黏膜意外暴露HBV感染者的血液和体液后,可按照以下方法处理:

1. 血清学检测:应立即检测HBV DNA、HBsAg、抗-HBs、HBeAg、抗-HBe、抗-HBc和肝功能,酌情在3个月和6个月内复查。
2. 主动和被动免疫:如已接种过乙型肝炎疫苗,且已知抗-HBs阳性者,可不进行特殊处理。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/L或抗-HBs水平不详者,应立即注射HBIG 200~400 IU,并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和第3针乙型肝炎疫苗(各20 μ g)。

3.对患者和携带者的管理

对已经确定的HBsAg阳性者,应按规定向当地疾病预防控制中心报告,并建议对患者的家庭成员进行血清HBsAg、抗-HBc和抗-HBs检测,并对其中的易感者(该三种标志物均阴性者)接种乙型肝炎疫苗。

乙型肝炎患者和HBV携带者的传染性高低主要取决于血液中HBV DNA水平,与血清ALT、AST或胆红素水平无关。对乙型肝炎患者和携带者的随访见本指南“患者的随访管理”。

对慢性HBV感染者及非活动性HBsAg携带者,除不能捐献血液、组织器官及从事国家明文规定的职

业或工种外,可照常工作和学习,但应定期进行医学随访。

4.切断传播途径

大力推广安全注射(包括针灸的针具),并严格遵循医院感染管理中的预防原则。服务行业所用的理发、刮脸、修脚、穿刺和文身等器具也应严格消毒。注意个人卫生,杜绝共用剃须刀和牙具等用品。若性伴侣为HBsAg阳性者,应接种乙型肝炎疫苗或采用安全套;在性伙伴健康状况不明的情况下,一定要使用安全套,以预防乙型肝炎及其他血源性或性传播疾病。对HBsAg阳性的孕妇,应避免羊膜腔穿刺,保证胎盘的完整性,尽量减少新生儿暴露于母血的机会。

推荐意见 1:对HBsAg阳性母亲的新生儿,应在出生后24 h内尽早(最好在出生后12 h内)注射HBIG,剂量应 ≥ 100 IU,同时在不同部位接种 $10\mu\text{g}$ 重组酵母乙型肝炎疫苗,在1个月和6个月时分别接种第2和第3针乙型肝炎疫苗,可显著提高阻断母婴传播的效果(A1)

推荐意见 2:对新生儿时期未接种乙型肝炎疫苗的儿童应进行补种,剂量为 $10\mu\text{g}$ 重组酵母或 $20\mu\text{g}$ CHO重组乙型肝炎疫苗(A1)

推荐意见 3:新生儿在出生12 h内注射HBIG和乙型肝炎疫苗后,可接受HBsAg阳性母亲的哺乳(B1)

推荐意见 4:对免疫功能低下或无应答者,应增加疫苗的接种剂量(如 $60\mu\text{g}$)和针次;对3针免疫程序无应答者可再接种1针 $60\mu\text{g}$ 或3针 $20\mu\text{g}$ 重组酵母乙型肝炎疫苗,并于第2次接种乙型肝炎疫苗后1~2个月检测血清中抗-HBs,如仍无应答,可再接种1针 $60\mu\text{g}$ 重组酵母乙型肝炎疫苗(A1)。

三、病原学

HBV属嗜肝DNA病毒科(hepadnaviridae),基因组长约3.2kb,为部分双链环状DNA。其基因组编码HBsAg、HBcAg、HBeAg、病毒多聚酶和HBx蛋白。HBV的抵抗力较强,但 $65\text{ }^{\circ}\text{C}$ 10 h、煮沸10min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。

近来研究发现,肝细胞膜上的钠离子-牛磺胆酸-协同转运蛋白(sodium taurocholate cotransporting polypeptide, NTCP)是HBV感染所需的细胞膜受体²⁰。当HBV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,形成共价闭合环状DNA(cccDNA);然后以cccDNA为模板,转录成几种不同长度的mRNA,分别作为前基因组RNA并编码HBV的各种抗原。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至少有9个基因型(A~J)²¹,我国以B型和C型为主。HBV基因型与疾病进展和干扰素(IFN)治疗应答有关,与C基因型感染者相比,B基因型感染者较少进展为慢性肝炎、肝硬化和HCC²²⁻²⁴。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。病毒准种可能在HBeAg血清学转换、免疫清除以及抗病毒治疗应答中具有重要意义²⁵⁻²⁷。

四、自然史及发病机制

(一) 自然史

HBV感染的自然史取决于病毒、宿主和环境之间的相互作用。HBV感染时的年龄是影响慢性化的最

主要因素。在围生期和婴幼儿时期感染 HBV 者中, 分别有 90% 和 25%~30% 将发展成慢性感染, 而 5 岁以后感染者仅有 5%~10% 发展为慢性感染²⁸。我国 HBV 感染者多为围产期或婴幼儿时期感染。

婴幼儿期 HBV 感染的自然史一般可人为划分为 4 个期, 即免疫耐受期、免疫清除期、非活动或低 (非) 复制期和再活动期²⁹。

免疫耐受期: 血清 HBsAg 和 HBeAg 阳性, HBV DNA 水平高 (通常 >200 000 IU/mL), ALT 正常, 肝组织学无明显异常或轻度炎症坏死, 无或仅有缓慢肝纤维化的进展³⁰。

免疫清除期: 血清 HBV DNA 水平 >2 000 IU/mL, ALT 持续或间歇升高, 肝组织学中度或严重炎症坏死, 肝纤维化可快速进展, 部分可发展为肝硬化和肝功能衰竭。

低 (非) 复制期: 血清 HBeAg 阴性、抗-HBe 阳性, HBV DNA 水平低或检测不到 (<2 000 IU/mL), ALT 正常, 肝组织学无炎症或仅有轻度炎症。在发展为明显肝病之前出现 HBeAg 血清学转换的此期患者, 发生肝硬化和 HCC 的风险明显减少。

再活动期: 大约 5%~15% 非活动期患者可出现一次或数次肝炎发作, 表现为 HBeAg 阴性, 抗-HBe 阳性, HBV DNA 中到高水平复制 (>20 000 IU/mL), ALT 持续或反复异常, 成为 HBeAg 阴性 CHB³¹。也可再次出现 HBeAg 阳转。

并非所有 HBV 感染者都经过以上四期。青少年和成年时期感染 HBV, 多无免疫耐受期而直接进入免疫清除期。

自发性 HBeAg 血清学转换主要出现在免疫清除期, 年发生率约为 2%~15%。年龄 <40 岁、ALT 升高、HBV 基因 A 型和 B 型者发生率较高^{29, 32}。HBeAg 血清学转换后, 每年约有 0.5%~1.0% 发生 HBsAg 清除³³。有研究显示, HBsAg 消失 10 年后, 约 14% 的患者肝脏中仍可检测出 cccDNA³⁴。HBsAg 消失时患者年龄 >50 岁, 或已经发展为肝硬化, 或合并 HCV 或 HDV 感染者, 尽管发展为 HCC 的概率低, 但仍可能发生³⁵。

CHB 患者肝硬化的年发生率为 2%~10%³⁶, 危险因素包括宿主 (年龄大、男性、发生 HBeAg 血清学转换时年龄 >40 岁³⁷、ALT 持续升高³⁸)、病毒 (HBV DNA >2 000 IU/mL)、HBeAg 持续阳性³⁹、C 基因型、合并 HCV、HDV 或 HIV 感染以及环境 (酒精和肥胖)^{36, 40}。代偿期肝硬化进展为肝功能失代偿的年发生率为 3%~5%, 失代偿性肝硬化 5 年生存率为 14%~35%³⁶。

非肝硬化 HBV 感染者的 HCC 年发生率为 0.5%~1.0%³⁶。肝硬化患者 HCC 年发生率为 3%~6%⁴¹⁻⁴³。发生 HCC、肝硬化的危险因素相似。此外, 罹患肝硬化、糖尿病、直系亲属有 HCC 病史、血清 HBsAg 高水平, 以及黄曲霉毒素均与 HCC 发生相关^{36, 40, 44-48}。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。对于 HBeAg 阴性、HBV DNA 低水平 (<2000 IU/mL)、B 或 C 基因型的 HBV 感染者, 高水平 HBsAg (HBsAg $\geq$ 1000 IU/mL) 与 HCC 的发生风险呈正相关^{47, 48}。

(二) 发病机制

CHB 的发病机制较为复杂, 迄今尚未完全阐明。大量研究表明, HBV 不直接杀伤肝细胞, 其引起的免疫应答是肝细胞损伤及炎症发生的主要机制。而炎症反复存在是 CHB 患者进展为肝硬化甚至 HCC 的重

要因素。

固有免疫在 HBV 感染初期发挥作用,并诱导后续的特异性免疫应答。慢性 HBV 感染者的非特异免疫应答受到损伤^{49,50}。HBV 可通过自身 HBeAg 和 HBx 等多种蛋白成分,通过干扰 Toll-样受体(Toll-like receptors, TLRs)、维甲酸诱导基因(retinoic acid inducible gene-I, RIG-I)两种抗病毒信号转导途径,来抑制非特异免疫应答的强度。CHB 患者常表现为髓样树突状细胞(mDc)、浆细胞样树突状细胞(pDc)在外周血中频数低, mDC 存在成熟障碍, pDc 产生 IFN- α 的能力明显降低,机体直接清除病毒和诱导 HBV 特异性 T 淋巴细胞功能产生的能力下降,不利于病毒清除。

HBV 特异性免疫应答在 HBV 清除中起主要作用⁵¹。主要组织相容性复合物(MHC) I 类分子限制性的 CD8+细胞毒性 T 淋巴细胞可诱导肝细胞凋亡,也可分泌 IFN- γ ,以非细胞裂解机制抑制其他肝细胞内 HBV 基因表达和复制⁵²。慢性感染时,HBV 特异性 T 淋巴细胞易凋亡,寡克隆存在,分泌细胞因子功能和增殖能力显著降低, T 淋巴细胞功能耗竭, HBV 持续复制⁵³。

五、实验室检查

(一) HBV 血清学检测

HBV 血清学标志物包括 HBsAg、抗-HBs、HBeAg、抗-HBe、抗-HBc 和抗-HBc-IgM。HBsAg 阳性表示 HBV 感染;抗-HBs 为保护性抗体,其阳性表示对 HBV 有免疫力,见于乙型肝炎康复及接种乙型肝炎疫苗者;抗-HBc-IgM 阳性多见于急性乙型肝炎及 CHB 急性发作;抗-HBc 总抗体主要是 IgG 型抗体,只要感染过 HBV,无论病毒是否被清除,此抗体多为阳性。在 HBeAg 阳性的 CHB 患者中,基线抗-HBc 定量对聚乙二醇化干扰素(Peg-IFN)和 NAs 治疗的疗效有一定的预测价值^{54,55}。血清 HBsAg 定量检测可用于预测疾病进展、抗病毒疗效和预后^{9,56,57}。

(二) HBV DNA、基因型和变异检测

1. HBV DNA 定量检测:主要用于判断慢性 HBV 感染的病毒复制水平,可用于抗病毒治疗适应证的选择及疗效的判断。准确定量需采用实时定量聚合酶链反应(real-time quantitative PCR)法。
2. HBV 基因分型和耐药突变株检测:常用的方法有(1)基因型特异性引物聚合酶链反应(PCR)法;(2)基因序列测定法;(3)线性探针反向杂交法。

(三) 生物化学检查

1. 血清 ALT 和 AST 血清 ALT 和 AST 水平一般可反映肝细胞损伤程度,最为常用。
2. 血清胆红素 血清胆红素水平与胆汁代谢、排泄程度有关,胆红素升高主要原因为肝细胞损害、肝内外胆道阻塞和溶血。肝功能衰竭患者血清胆红素可呈进行性升高,每天上升 ≥ 1 倍正常值上限(ULN),且有出现胆红素升高与 ALT 和 AST 下降的“胆酶分离”分离现象。

3. 血清白蛋白和球蛋白 反映肝脏合成功能, CHB、肝硬化和肝功能衰竭患者可有血清白蛋白下降。
4. 凝血酶原时间(PT)及凝血酶原活动度(PTA) PT 是反映肝脏凝血因子合成功能的重要指标, 常用国际标准化比值(INR)表示, 对判断疾病进展及预后有较大价值。
5. γ -谷氨酰转肽酶 (GGT) 正常人血清中 GGT 主要来自肝脏。此酶在急性肝炎、慢性活动性肝炎及肝硬变失代偿时仅轻中度升高。各种原因导致的肝内外胆汁淤积时可以显著升高。
6. 血清碱性磷酸酶 (ALP) ALP 经肝胆系统进行排泄。所以当 ALP 产生过多或排泄受阻时, 均可使血中 ALP 发生变化。临床上常借助 ALP 的动态观察来判断病情发展, 预后和临床疗效。
7. 总胆汁酸 (TBA) 健康人的周围血液中血清胆汁酸含量极低, 当肝细胞损害或肝内、外阻塞时, 胆汁酸代谢就会出现异常, TBA 就会升高。
8. 胆碱酯酶 可反映肝脏合成功能, 对了解肝脏应急功能和贮备功能有参考价值。
9. 甲胎蛋白(AFP) 血清 AFP 及其异质体是诊断 HCC 的重要指标。应注意 AFP 升高的幅度、动态变化及其与 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⁵⁸⁻⁶¹。
10. 维生素 K 缺乏或拮抗剂-II 诱导蛋白 (protein induced by vitamin K absence or antagonist-II, PIVKA-II), 又名脱 γ 羧基凝血酶原 (des-gamma-carboxyprothrombin, DCP), 是诊断 HCC 的另一个重要指标, 可与 AFP 互为补充⁶²⁻⁶⁴。

六、肝纤维化非侵袭性诊断

1. APRI 评分 天冬氨酸转氨酶 (AST) 和血小板 (PLT) 比率指数 (aspartate aminotransferase-to-platelet ratio index, APRI) 可用于肝硬化的评估。成人 APRI 评分 >2 分, 预示患者已经发生肝硬化。APRI 计算公式为 $[(AST/ULN) \times 100 / PLT (10^9/L)]^{65}$ 。
2. FIB-4 指数 基于 ALT、AST、PLT 和患者年龄的 FIB-4 指数可用于 CHB 患者肝纤维化的诊断和分期。 $FIB4 = (\text{年龄} \times AST) \div (\text{血小板} \times ALT \text{ 的平方根})$ 。
3. 瞬时弹性成像 (transient elastography, TE) TE 作为一种较为成熟的无创检查, 其优势为操作简便、可重复性好, 能够比较准确地识别出轻度肝纤维化和进展性肝纤维化或早期肝硬化^{66, 67}; 但其测定成功率受肥胖、肋间隙大小以及操作者的经验等因素影响, 其测定值受肝脏炎症坏死、胆汁淤积以及脂肪变等多种因素影响。由于胆红素异常对 TE 诊断效能的显著影响, 应考虑在胆红素正常情况下进行 TE 检查。TE 结果判读需结合患者 ALT 水平等指标, 将 TE 与其他血清学指标联合使用可以提高诊断效能^{68, 69}。

TE 的临床应用: 胆红素正常且没有进行过抗病毒治疗者肝硬度测定值 (LSM) $\geq 17.5 \text{ kPa}$ 诊断肝硬化,

LSM $\geq$ 12.4kPa (ALT $<$ 2 $\times$ ULN时为10.6 kPa)可诊断为进展性肝纤维化; LSM $<$ 10.6 kPa可排除肝硬化可能; LSM $\geq$ 9.4kPa可诊断显著肝纤维化; LSM $<$ 7.4kPa可排除进展性肝纤维化; LSM 在7.4~9.4 kPa患者可以考虑肝穿刺活组织检查。转氨酶及胆红素均正常者LSM $\geq$ 12.0 kPa诊断肝硬化, LSM $\geq$ 9.0 kPa诊断进展性肝纤维化, LSM $<$ 9.0 kPa排除肝硬化, LSM $<$ 6.0 kPa排除进展性肝纤维化, LSM在 6.0~9.0kPa者如难以临床决策, 考虑肝穿刺活组织检查^{69, 70}。

七、影像学诊断

影像学检查的主要目的是监测CHB的临床进展、了解有无肝硬化、发现占位性病变和鉴别其性质, 尤其是监测和诊断HCC。

1. 腹部超声(US)检查因 操作简便、直观、无创性和价廉, US检查已成为肝脏检查最常用的重要方法。该方法可以协助判断肝脏和脾脏的大小和形态、肝内重要血管情况及肝内有无占位性病变, 但容易受到仪器设备、解剖部位、操作者的技术和经验等因素的限制。
2. 电子计算机断层成像(CT) 目前是肝脏病变诊断和鉴别诊断的重要影像学检查方法, 用于观察肝脏形态, 了解有无肝硬化, 及时发现占位性病变和鉴别其性质, 动态增强多期扫描对于HCC的诊断具有高度敏感性和特异性。
3. 核磁共振(MRI或MR) 无放射性辐射, 组织分辨率高, 可以多方位、多序列成像, 对肝脏的组织结构变化如出血坏死、脂肪变性及肝内结节的显示和分辨率优于CT和US。动态增强多期扫描及特殊增强剂显像对鉴别良、恶性肝内占位性病变优于CT⁵⁸。

八、病理学诊断

肝组织活检的目的是评价CHB患者肝脏病变程度、排除其他肝脏疾病、判断预后和监测治疗应答。

CHB的病理学特点是: 不同程度的汇管区及其周围炎症, 浸润的炎细胞以单个核细胞为主, 主要包括淋巴细胞及少数浆细胞和巨噬细胞, 炎细胞聚集常引起汇管区扩大, 并可引起界板肝细胞凋亡和坏死形成界面炎, 旧称碎屑样坏死。小叶内肝细胞变性、坏死及凋亡, 并可见毛玻璃样肝细胞, 肝细胞坏死形式包括点灶状坏死、桥接坏死和融合性坏死等, 凋亡肝细胞可形成凋亡小体, 随炎症病变活动而愈加显著。尽管少数CHB可无肝纤维化形成, 但多数往往因病毒持续感染、炎症病变活动导致细胞外基质过度沉积, 呈现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肝纤维化程度的评价。明显的(significant fibrosis, Metavir分期 $\geq$ F2)和进展期肝纤维化(advanced fibrosis, Metavir分

期 $\geq$ F3)进一步发展,可引起肝小叶结构紊乱,肝细胞结节性再生,形成假小叶结构,即肝硬化。病毒清除或抑制,炎症病变消退,组织学上肝纤维化及肝硬化可呈现不同程度的逆转^{71,72}。

免疫组化染色法可检测肝组织内 HBsAg 和 HBcAg 的表达。如临床需要,可采用核酸原位杂交法或 PCR 法行肝组织内 HBV DNA 或 cccDNA 检测⁷³。

CHB 肝组织炎症坏死的分级和纤维化程度的分期,推荐采用国际上常用的 Metavir⁷⁴ 评分系统(表 2、3)。此外,采用计算机辅助数字化图像分析测定肝组织胶原面积比例(collagen proportionate area, CPA)可以用于临床试验的肝纤维化定量评价,但目前没有用于临床实践。^{76,77}

表 2 Metavir 评分系统——组织学炎症活动度评分

	界面炎	小叶内炎症坏死	炎症活动度
组织学活动度 (histologic activity, A) *	0 (无)	0 (无或轻度)	0 (无)
	0	1 (中度)	1 (轻度)
	0	2 (重度)	2 (中度)
	1 (轻度)	0, 1	1
	1	2	2
	2 (中度)	0, 1	2
	2	2	3 (重度)
	3 (重度)	0, 1, 2	3

*组织学活动度 A 根据界面炎和小叶内炎症坏死程度综合确定

表 3 Metavir 评分系统——纤维化分期评分

	病变	分值
纤维化分期 (Fibrosis, F)	无纤维化	0
	汇管区纤维性扩大, 但无纤维间隔形成	1
	汇管区纤维性扩大, 少数纤维间隔形成	2
	多数纤维间隔形成, 但无硬化结节	3
	肝硬化	4

九、临床诊断

根据 HBV 感染者的血清学、病毒学、生物化学试验及其他临床和辅助检查结果, 可将慢性 HBV 感染分为:

(一) 慢性 HBV 携带者

多为年龄较轻的处于免疫耐受期的 HBsAg、HBeAg 和 HBV DNA 阳性者, 1 年内连续随访 3 次, 每次至

少间隔3个月,均显示血清ALT和AST在正常范围,HBVDNA通常处于高水平,肝组织学检查无病变或病变轻微^{9, 57, 78, 79}。

(二) HBeAg阳性CHB

血清HBsAg阳性, HBeAg阳性, HBV DNA阳性, ALT持续或反复异常或肝组织学检查有肝炎病变。

(三) HBeAg阴性CHB

血清HBsAg阳性, HBeAg持续阴性, HBV DNA阳性, ALT持续或反复异常,或肝组织学有肝炎病变。

(四) 非活动性 HBsAg 携带者

血清 HBsAg 阳性、HBeAg 阴性、抗-HBe 阳性或阴性, HBV DNA 低于检测下限, 1年内连续随访3次以上,每次至少间隔3个月,ALT和AST均在正常范围。肝组织学检查显示:组织学活动指数(HAI)评分<4或根据其他的半定量计分系统判定病变轻微。

(五) 隐匿性CHB

血清HBsAg阴性,但血清和(或)肝组织中HBV DNA阳性,并有CHB的临床表现。除HBV DNA阳性外,患者可有血清抗-HBs、抗-HBe和(或)抗-HBc阳性,但约20%隐匿性CHB患者的血清学标志物均为阴性。诊断主要通过HBV DNA检测,尤其对抗-HBc持续阳性者。

(六) 乙型肝炎肝硬化

建立HBV相关肝硬化临床诊断的必备条件包括:①组织学或临床提示存在肝硬化的证据;②病因学明确的HBV感染证据。通过病史或相应的检查予以明确或排除其他常见引起肝硬化的病因如HCV感染、酒精和药物等⁸⁰。

临床上常根据有无主要并发症将肝硬化分为代偿期及失代偿期。代偿性肝硬化影像学、生物化学或血液学检查有肝细胞合成功能障碍或门静脉高压症证据,或组织学符合肝硬化诊断,但无食管胃底静脉曲张破裂出血、腹水或肝性脑病等症状或严重并发症;失代偿性肝硬化患者可以出现食管胃底静脉曲张破裂出血、肝性脑病、腹水等其他严重并发症⁸¹。

为更准确地预测肝硬化患者的疾病进展,判断死亡风险,可按五期分类法评估肝硬化并发症情况,1期:无静脉曲张,无腹水;2期:有静脉曲张,无出血及腹水;3期:有腹水,无出血,伴或不伴静脉曲张;4期:有出血,伴或不伴腹水;5期:脓毒血症。1、2期为代偿性肝硬化,3至5期为失代偿性肝硬化。1、2、3、4和5期1年的病死率分别为<1%、3%~4%、20%、50%和>60%。并发症的出现与肝硬化患者预后和死亡风险密切相关^{80, 82, 83}。

十、治疗目标

治疗的目标:最大限度地长期抑制 HBV 复制,减轻肝细胞炎性坏死及肝纤维化,延缓和减少肝功能衰竭、肝硬化失代偿、HCC 及其他并发症的发生,从而改善生活质量和延长生存时间。在治疗过程中,对于部分适合的患者应尽可能追求 CHB 的临床治愈,即停止治疗后持续的病毒学应答、HBsAg 消失、并伴有 ALT 复常和肝脏组织学的改善。

治疗终点:

1. 理想的终点: HBeAg 阳性与 HBeAg 阴性患者,停药后获得持久的 HBsAg 消失,可伴或不伴 HBsAg 血清学转换。
2. 满意的终点: HBeAg 阳性患者,停药后获得持续的病毒学应答,ALT 复常,并伴有 HBeAg 血清学转换; HBeAg 阴性患者,停药后获得持续的病毒学应答和 ALT 复常。
3. 基本的终点: 如无法获得停药后持续应答,抗病毒治疗期间长期维持病毒学应答 (HBV DNA 检测不到)。

十一、抗病毒治疗的适应证

抗病毒治疗的适应证主要根据血清 HBV DNA 水平、血清 ALT 和肝脏疾病严重程度来决定^{79,84,85},同时结合患者年龄、家族史和伴随疾病等因素,综合评估患者疾病进展风险后决定是否启动抗病毒治疗。动态的评估比单次的检测更具有临床意义。对 HBeAg 阳性患者,发现 ALT 水平升高后,建议观察 3~6 个月,如未发生自发性 HBeAg 血清学转换,可建议考虑抗病毒治疗。

推荐接受抗病毒治疗的人群需同时满足以下条件^{9,81,84,86}:

1. HBV DNA 水平: HBeAg 阳性患者, HBV DNA $\geq 20\,000$ IU/mL (相当于 10^5 copies/mL); HBeAg 阴性患者, HBV DNA ≥ 2000 IU/mL (相当于 10^4 copies/mL);
2. ALT 水平: 一般要求 ALT 持续升高 $\geq 2 \times \text{ULN}$; 如用干扰素治疗,一般情况下 ALT 应 $\leq 10 \times \text{ULN}$, 血清总胆红素应 $< 2 \times \text{ULN}$;

对持续 HBV DNA 阳性、达不到上述治疗标准、但有以下情形之一者,疾病进展风险较大,可考虑给予抗病毒治疗:

1. 存在明显的肝脏炎症 (2 级以上) 或纤维化,特别是肝纤维化 2 级以上 (A1)。
2. ALT 持续处于 $1 \times \text{ULN}$ 至 $2 \times \text{ULN}$ 之间,特别是年龄 > 30 岁者,建议行肝组织活检或无创性检查,明确肝脏纤维化情况后给予抗病毒治疗 (B2)。
3. ALT 持续正常 (每 3 个月检查一次),年龄 > 30 岁,伴有肝硬化或 HCC 家族史,建议行肝穿或无创性检查,明确肝脏纤维化情况后给予抗病毒治疗 (B2)。

4. 存在肝硬化的客观依据时, 无论 ALT 和 HBeAg 情况, 均建议积极抗病毒治疗 (A1)。

需要特别提醒的是, 在开始治疗前应排除合并其他病原体感染或药物、酒精和免疫等因素所致的 ALT 升高, 尚需注意应用降酶药物后 ALT 暂时性正常。

十二、普通 IFN- α 和 PegIFN- α 治疗

我国已批准普通 IFN- α 和 PegIFN- α 用于治疗 CHB。

(一) 普通 IFN- α 和 PegIFN- α 治疗的方案及疗效

普通 IFN- α 治疗 CHB 患者具有一定的疗效。PegIFN- α 相较于普通 IFN- α 能取得相对较高的 HBeAg 血清转换率、HBV DNA 抑制及生化学应答率⁸⁷。多项国际多中心随机对照临床试验显示, HBeAg 阳性的 CHB 患者, 采用 PegIFN- α -2a 180 μ g/周治疗 48 周, 停药随访 24 周时 HBeAg 血清学转换率为 32%~36%, 其中基线 ALT 2~5 倍 ULN 患者停药 24 周 HBeAg 血清学转换率为 44.8%, ALT 5~10 倍 ULN 患者为 61.1%; 停药 24 周时 HBsAg 转换率为 2.3~3%^{81, 88}。研究显示, 对于 HBeAg 阳性的 CHB, 应用 PegIFN- α -2b 也可取得类似的 HBV DNA 抑制、HBeAg 血清学转换、HBsAg 清除率⁸¹, 停药 3 年 HBsAg 清除率为 11%⁸⁹。

对 HBeAg 阴性 CHB 患者 (60%为亚洲人) 用 PegIFN- α -2a 治疗 48 周, 停药随访 24 周时 HBV DNA <2000 IU/mL 的患者为 43%, 停药后随访 48 周时为 42%; HBsAg 消失率在停药随访 24 周时为 3%, 停药随访至 3 年时增加至 8.7%⁸¹, 停药 5 年增加至 12%⁹⁰。有研究显示延长 PegIFN- α 疗程至 2 年可提高治疗应答率⁹¹, 但考虑延长治疗带来的更多不良反应和经济负担, 从药物经济学角度考虑, 现阶段并不推荐延长治疗。

(二) PegIFN- α 与 NAs 联合或序贯治疗

同步 PegIFN- α 与 NAs 的联合治疗方案是否能提高疗效仍不确切。同步联合方案较 PegIFN- α 单药在治疗结束时 HBeAg 转换、HBsAg 清除、病毒学应答、生化学应答等方面存在一定优势, 但未显著改善停药后的持久应答率⁹³⁻⁹⁵。另有研究显示在 PegIFN- α 基础上加用恩替卡韦 (entecavir, ETV), 并未提高 HBeAg 血清学转换率以及 HBsAg 清除率⁹⁶。

使用 NAs 降低病毒载量后联合或序贯 PegIFN- α 的方案, 较 NAs 单药在 HBeAg 血清学转换及 HBsAg 下降方面有一定的优势⁹⁷⁻¹⁰¹。一项多中心随机开放研究显示, HBeAg 阳性 CHB 患者使用 ETV 单药治疗 9~36 个月并达到 HBV DNA <1000 copies/mL 以及 HBeAg <100 PEIU/mL 的患者, 序贯 Peg-IFN- α -2a 治疗 48 周的患者相对较继续使用 ETV 单药治疗患者有较高的 HBeAg 血清学转换率 (14.9% vs. 6.1%) 和 HBsAg 清除率 (8.5% vs. 0%)⁹⁸; 另一项研究显示 HBeAg 阳性患者接受 NAs 【拉米夫定 (lamivudine, LAM)、ETV 或阿德福韦酯 (adefovir dipivoxil, ADV)】治疗 1~3 年后达到 HBV DNA < 200 IU/mL 及 HBeAg 转阴者, 再接受 PegIFN- α -2a 序贯治疗 48 周的 HBsAg 清除率及转换率分别为 16.2% 和 12.5%⁹⁹。然而, 上述二项研

究中序贯使用 PegIFN 治疗可能带来的更多不良反应和更大的经济负担,因此需从药物经济学角度进一步评估。

(三) IFN- α 抗病毒疗效的预测因素

1. 治疗前的预测因素

具有以下因素的 HBeAg 阳性 CHB 患者接受 PegIFN- α 治疗 HBeAg 血清学转换率更高: 1) HBV DNA $<2\times 10^8$ IU/mL; 2) 高 ALT 水平; 3) 基因型为 A 或 B 型; 4) 基线低 HBsAg 水平; 5) 肝组织炎症坏死 G2 以上; HBeAg 阴性 CHB 患者尚无有效的治疗前预测病毒学应答的因素⁷⁹。在有抗病毒指征的患者中, 相对年轻的患者(包括青少年患者)、希望近年内生育的患者、期望短期完成治疗的患者、初次接受抗病毒治疗的患者, 可优先考虑 Peg IFN- α 治疗。

2. 治疗过程中的预测因素

HBeAg 阳性 CHB 患者治疗 24 周 HBsAg 和 HBV DNA 的定量水平是治疗应答的预测因素⁷⁹。接受 PegIFN- α 治疗, 如果 24 周 HBsAg <1500 IU/mL, 继续单药治疗至 48 周可获得较高的 HBeAg 血清学转换率⁸⁸。若经过 24 周治疗 HBsAg 定量仍 $>20,000$ IU/mL, 建议停止 PegIFN- α 治疗¹⁰², 改用 NAs 治疗。

HBeAg 阴性 CHB 患者治疗过程中 HBsAg 的下降、HBV DNA 水平是停药后持续病毒学应答的预测因素⁹⁰。如果经过 12 周治疗后 HBsAg 未下降且 HBV DNA 较基线下降 $<2 \text{ Log}_{10}$ IU/mL, 应考虑停止 PegIFN- α 治疗^{103, 104}, 具体请参见“抗病毒治疗推荐意见”。

(三) IFN- α 的不良反应及其处理

1. 流感样症候群: 表现为发热、头痛、肌痛和乏力等, 可在睡前注射 IFN- α , 或在注射的同时服用解热镇痛药。
2. 一过性外周血细胞减少: 如中性粒细胞绝对计数 $\leq 0.75\times 10^9$ /L 和(或)血小板 $<50\times 10^9$ /L, 应降低 IFN- α 剂量; 1~2 周后复查, 如恢复, 则逐渐增加至原量。中性粒细胞绝对计数 $\leq 0.5\times 10^9$ /L 和(或)血小板 $<25\times 10^9$ /L, 则应暂停使用 IFN- α 。对中性粒细胞明显降低者, 可试用粒细胞集落刺激因子(G-CSF)或粒细胞巨噬细胞集落刺激因子(GM-CSF)治疗。
3. 精神异常: 可表现为抑郁、妄想和重度焦虑等精神病症状。对症状严重者, 应及时停用 IFN- α , 必要时会同精神心理方面的专科医师进一步诊治。
4. 自身免疫现象: 一些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、血小板减少、银屑病、白斑、类风湿关节炎和系统性红斑狼疮样综合征等, 应请相关科室医师共同诊治, 严重者应停药。
5. 其他少见的不良反应包括肾脏损害、心血管并发症、视网膜病变、听力下降和间质性肺炎等, 应

停止 IFN- α 治疗。

（四）IFN- α 治疗的禁忌证

IFN- α 治疗的绝对禁忌证包括：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、失代偿肝性肝硬化、未控制的自身免疫性疾病、伴有严重感染，视网膜疾病，心力衰竭和慢性阻塞性肺病等基础疾病。

IFN- α 治疗的相对禁忌证包括：甲状腺疾病，既往抑郁症史，未有效控制的糖尿病和高血压病，治疗前中性粒细胞计数 $<1.0\times10^9/L$ 和（或）血小板计数 $<50\times10^9/L$ 。

十三、NAs 治疗和监测

（一）五种 NAs 药物疗效

1. 恩替卡韦 (ETV)

III 期临床试验 ETV 治疗 48 周时，HBeAg 阳性 CHB 患者中，HBV DNA 转阴（ $<300\text{copies/mL}$ ）率为 67%、HBeAg 血清学转换率为 21%、ALT 复常率为 68%、肝组织学改善率为 72%¹⁰⁵。在 HBeAg 阴性 CHB 患者中，HBV DNA 转阴（ $<300\text{copies/mL}$ ）率为 90%、ALT 复常率为 78%、肝组织学改善率为 70%¹⁰⁶。

ETV 治疗 5 年的随访研究表明，HBeAg 阳性 CHB 患者 HBV DNA 转阴（ $<300\text{copies/mL}$ ）率 94%，ALT 复常率为 80%¹⁰⁷。在 NAs 初治 CHB 患者中（HBeAg 阳性或阴性），ETV 治疗 5 年的累积耐药发生率为 1.2%，然而，在已发生 LAM 耐药的患者中，ETV 治疗 5 年的累积基因型耐药发生率升高至 51%¹⁰⁸。应用 ETV 治疗 5 年的肝脏组织学研究显示，88% (55/57) 获得肝纤维化改善，40% (4/10) 肝硬化逆转^{71, 109}。严重肝病患者有发生乳酸酸中毒的报告，应引起关注。

2. 替诺福韦酯 (tenofovir disoproxil fumarate, TDF)

III 期临床试验表明，TDF 治疗 48 周时 HBeAg 阳性 CHB 患者中 HBV DNA 转阴（ $<400\text{copies/mL}$ ）率为 76%、HBeAg 血清学转换率为 21%、ALT 复常率为 68%。在 HBeAg 阴性 CHB 患者中 HBV DNA 转阴（ $<400\text{copies/mL}$ ）率为 93%、ALT 复常率为 76%¹¹⁰。

TDF 治疗 5 年的组织学改善率为 87%，纤维化逆转率为 51%；在治疗前被诊断为肝硬化的患者中（Ishak 评分为 5 或 6），经 5 年治疗后，74% 患者的 Ishak 评分下降至少 1 分⁷²。

经过 8 年 TDF 治疗，HBeAg 阳性患者的 HBV DNA 转阴（ $<400\text{copies/mL}$ ）率为 98%，HBeAg 血清学转换率为 31%，HBsAg 消失率为 13%。HBeAg 阴性患者的 HBV DNA 转阴（ $<400\text{copies/mL}$ ）率为 99.6%。未检测到 TDF 相关耐药。在长期治疗过程中，2.2% 的患者发生血肌酐升高 $\geq 0.5\text{ mg/dL}$ ，1% 的患者发生

肌酐清除率低于 50 mL/min, 长期用药的患者应警惕肾功能不全和低磷性骨病的发生¹¹¹。

TDF 治疗 NAs 经治患者 48 周至 168 周的研究显示, 无论是 LAM 耐药、ADV 耐药、ETV 耐药, 还是 ADV 应答不佳、LAM 和 ADV 联合耐药等情况, TDF 都表现出较高的病毒学应答, 且耐受性良好¹¹²⁻¹¹⁵。

3. 替比夫定 (telbivudine, LdT)

国内 III 期临床试验的 52 周结果, 以及全球多中心研究 104 周结果均表明, LdT 抗病毒活性优于 LAM, 且耐药发生率低于 LAM^{116, 117}, 但总体耐药率仍然偏高。基线 HBV DNA < 10⁹ copies/mL 及 ALT ≥ 2ULN 的 HBeAg 阳性患者, 或 HBV DNA < 10⁷ copies/mL 的 HBeAg 阴性患者, 经 LdT 治疗 24 周时如达到 HBV DNA < 300 copies/mL, 治疗到 1 年、2 年时有更好的疗效和较低的耐药发生率¹¹⁸。

LdT 的总体不良事件发生率和 LAM 相似, 但治疗 52 周和 104 周时发生 3~4 级肌酸激酶 (CK) 升高者为分别 7.5% 和 12.9%, 而 LAM 组分别为 3.1% 和 4.1%^{116, 117}。有个案发生肌炎、横纹肌溶解和乳酸酸中毒等的报道, 应引起关注。本品与 IFN-α 类合用时可致末梢神经病, 应列为禁忌。

4. 阿德福韦酯 (ADV)

国内外随机双盲临床试验表明, HBeAg 阳性 CHB 患者口服 ADV 可明显抑制 HBV DNA 复制、促进 ALT 复常、改善肝组织炎症坏死和纤维化。对 HBeAg 阳性患者治疗 1、2、3 和 5 年时, HBV DNA < 1000 copies/mL 者分别为 28%、45%、56% 和 58%, HBeAg 血清学转换率分别为 12%、29%、43% 和 48%; 耐药率分别为 0%、1.6%、3.1% 和 20%^{119, 120}。对 HBeAg 阴性患者治疗 5 年, HBV DNA < 1000 copies/mL 者为 67%、ALT 复常率为 69%; 治疗 5 年时的累积耐药基因突变发生率为 29%¹²¹。

ADV 联合 LAM, 对于 LAM 耐药的 CHB 患者能有效抑制 HBV DNA, 且联合用药者对 ADV 的耐药发生率更低¹²²。

ADV 长期治疗 5 年时, 血清肌酐升高超 0.5 mg/dL 者达 3%, 但血清肌酐的升高为可逆性^{119, 121}。长期用药的患者应警惕肾功能不全和低磷性骨病, 特别是范可尼综合征的发生。

5. 拉米夫定 (LAM)

国内外随机对照临床试验结果表明, 口服 LAM 100 mg 1 次/d, 可明显抑制 HBV DNA 水平; HBeAg 血清学转换率随治疗时间延长而提高, 治疗 1、2、3、4 和 5 年时分别为 16%、17%、23%、28% 和 35%¹²³。随机双盲临床试验表明, CHB 伴明显肝纤维化和代偿性肝硬化患者经 LAM 治疗 3 年可延缓疾病进展、降低肝功能失代偿及 HCC 的发生率¹²⁴。失代偿性肝硬化患者经 LAM 治疗后也能改善肝功能, 延长生存期¹²⁵。

随治疗时间延长, 病毒耐药突变的发生率增高 (第 1、2、3、4 年分别为 14%、38%、49% 和 66%)¹²³。

表 4 HBeAg 阳性 CHB 患者各种抗病毒药物的疗效汇总 (%)

项目	短期治疗（48 ~52 周）							长期治疗（2~8 年）					
药物	Peg-IFN-2a	Peg-IFN-2b	LAM	LdT	ETV	ADV	TDF	Peg-IFN (停药后 3 年)	LAM (5 年)	LdT (2 年)	ETV (5 年)	ADV (5 年)	TDF (8 年)
参考文献	126	127	105,126, 128-130	130	105	131	110	89	123	117	107	132	111
HBeAg 血清学转换（%）	32	29	16 - 18	22	21	12 - 18	21	35	22	30	/	29	31
HBV DNA 转阴（%）	14	7	36 - 44	60	67	13 - 21	76	19	/	56	94	55	98
ALT 复常（%）	41	32	41 - 72	77	68	48 - 54	68	/	58	70	80	77	/
HBsAg 转阴（%）	3	7	0 - 1	0.5	2	0	3	11	/	1.3	5（2 年） 133	/	13

表 5 HBeAg 阴性 CHB 患者各种抗病毒药物的疗效汇总 (%)

项目	短期治疗 (48~52 周)						长期治疗 (2~8 年)					
	Peg-IFN-2a	LAM	LdT	ETV	ADV	TDF	Peg-IFN (停 药后 3 年)	LAM	LdT (2 年)	ETV	ADV(5 年)	TDF (8 年)
参考文献	134	130, 134, 135	130	106	110, 136	110	137				121	111
HBV DNA 转阴 (%)	19	72-73	88	90	51-63	93	18	NA	82	NA	67	99
ALT 复常 (%)	59	71-79	74	78	72-77	76	31	NA	78	NA	69	/
HBsAg 转阴 (%)	3	0	0	0	0	0	8	NA	0.5	NA	5	1.1

(二) NAs 治疗中预测疗效和优化治疗

应用 NAs 治疗 CHB, 强调首选高耐药基因屏障的药物; 如果应用低耐药基因屏障的药物, 应该进行优化治疗以提高疗效和减少耐药性产生。一项前瞻性多中心临床试验 EFFORT 研究¹¹⁸ 2 年结果表明, 对于 LdT 治疗早期应答良好的患者 (24 周 HBV DNA < 300copies/mL = 继续单药治疗, 治疗 2 年 88.6% 的患者实现 HBV DNA < 300copies/mL, HBeAg 血清学转换率为 41.3%, 耐药率为 5.5%; 对于 LdT 治疗早期应答不佳的患者 (24 周 HBV DNA ≥ 300copies/mL), 加用 ADV 优化治疗, 2 年 HBV DNA < 300copies/mL 者为 71.1%, 耐药率为 0.5%。应用优化治疗方案后, 整体试验人群 2 年 HBV DNA < 300copies/mL 者为 76.7%, 耐药率为 2.7%。从国内外研究数据来看, 优化治疗可以提高疗效减少耐药的产生, 但总体耐药发生率仍高于 ETV 和 TDF (非头对头比较)。

(三) NAs 治疗中的监测

1. 治疗基线相关指标检测: (1) 肝脏生化学指标, 主要有 ALT、AST、胆红素和白蛋白等; (2) 病毒学和血清学标志, 主要有 HBV DNA、HBeAg、HBsAg 和抗-HBe; (3) 根据病情需要, 检测血常规、血清肌酐和 CK 等, 必要时可检测血磷和乳酸; (4) 无创性肝纤维化检测, 如肝脏弹性检测; (5) 如条件允许, 治疗前后可考虑肝穿刺检查。
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、自行减量、自行延长服药间隔时间等情况, 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。
3. 少见、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 (主要见于 ADV 治疗)、低磷性骨病 (主要见于 ADV 和 TDF 治疗)、肌炎 (主要见于 LdT 治疗)、横纹肌溶解 (主要见于 LdT)、乳酸酸中毒 (可见于 LAM、ETV 和 LdT) 等, 应引起关注。建议治疗前仔细询问相关病史, 以减少风险。对治疗中出现血肌酐、CK 或乳酸脱氢酶明显升高, 并伴相应临床表现者如全身情况变差、明显肌痛、肌无力等症的患者, 应密切观察, 一旦确诊为尿毒症、肌炎、横纹肌溶解或乳酸酸中毒等, 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. 耐药监测: 耐药是 NAs 长期治疗 CHB 所面临的主要问题之一。耐药可引发病理学突破、生化学突破、病毒学反弹及肝炎发作, 少数患者可出现肝功能失代偿、急性肝功能衰竭, 甚至死亡¹³⁸。

(四) NAs耐药的预防和处理

1. 严格评估患者是否需要抗病毒治疗: 对于肝脏炎症病变轻微、难以取得持续应答的患者 (如 ALT 正常、HBeAg 阳性的免疫耐受期), 特别是当这些患者年龄 < 30 岁时, 不宜开始抗病毒治疗。

2. NAs 的选择：初治时优先推荐 ETV 或 TDF（ⅠA）。
3. 治疗中定期检测 HBV DNA 以及时发现原发性无应答或病毒学突破。一旦发生病毒学突破，需要进行基因型耐药的检测，并尽早给予挽救治疗（详见表 6）。对于 NAs 发生耐药者，改用 PegIFN- α 治疗的应答率较低¹³⁹（ⅡA）。

表 6.NAs 耐药挽救治疗推荐

耐药种类	推荐药物
LAM或LdT耐药	换用TDF，或加用ADV
ADV耐药，之前未使用LAM	换用ETV，或TDF
治疗LAM/LdT耐药时出现对ADV耐药	换用TDF，或ETV+ADV
ETV耐药	换用TDF，或加用ADV
发生多药耐药突变（A181T+N236T+M204V）	ETV联合TDF，或ETV+ADV

十四、抗病毒治疗推荐意见及随访管理

（一）抗病毒治疗推荐意见

1.HBeAg 阳性 CHB

在 HBV 感染自然史中，部分 ALT 升高的 HBeAg 阳性 CHB 患者在随访过程中随着肝内炎症活动的减轻，可出现自发的 HBeAg 血清学转换，ALT 恢复正常¹⁴⁰。因此，对于 ALT 升高的 HBeAg 阳性 CHB 患者建议先观察 3~6 个月，如未发生自发性的 HBeAg 血清学转换且 ALT 持续升高，再考虑开始抗病毒治疗¹⁴¹。

药物选择：

推荐意见 5：对初治患者优先推荐选用 ETV、TDF 或 PegIFN（A1）。对于已经开始服用 LAM、LdT 或 ADV 治疗的患者，如果治疗 24 周后病毒定量>300copies/ml，改用 TDF 或加用 ADV 治疗^{118, 142}（A1）。

推荐疗程：

推荐意见 6：NAs 的总疗程建议至少 4 年，在达到 HBV DNA 低于检测下限、ALT 复常、HBeAg 血清学转换后，再巩固治疗至少 3 年（每隔 6 个月复查 1 次）仍保持不变者，可考虑停药，但延长疗程可减

少复发¹⁴³⁻¹⁴⁶ (B1)。

推荐意见 7: IFN- α 和 PegIFN- α 的推荐疗程为 1 年,若经过 24 周治疗 HBsAg 定量仍 $>20,000$ IU/mL,建议停止治疗¹⁴⁷。(B1)。

2.HBeAg 阴性 CHB

HBeAg 阴性患者抗病毒治疗具体疗程不明确,且停药后肝炎复发率高,因此治疗疗程宜长¹⁴⁸。

药物选择:

推荐意见 8: 对初治患者优先推荐选用 ETV、TDF 或 PegIFN (A1)。对于已经开始服用 LAM、LdT 或 ADV 治疗的患者:如果治疗 24 周后病毒定量 >300 copies/ml,改用 TDF 或加用 ADV 治疗 (A1)。

推荐疗程:

推荐意见 9: NAs 治疗建议达到 HBsAg 消失且 HBV DNA 检测不到,再巩固治疗 1 年半(经过至少 3 次复查,每次间隔 6 个月)仍保持不变时,可考虑停药^{144,149} (B1)。

推荐意见 10: IFN- α 和 PegIFN- α 的推荐疗程为 1 年。若经过 12 周治疗未发生 HBsAg 定量的下降,且 HBV DNA 较基线下降 $<2 \text{ Log}_{10}$,建议停用 IFN- α ¹⁰⁴,改用 NAs 治疗。(B1)。

3.代偿期和失代偿期乙型肝炎肝硬化

对于病情已经进展至肝硬化的患者,需要长期抗病毒治疗。

药物选择:

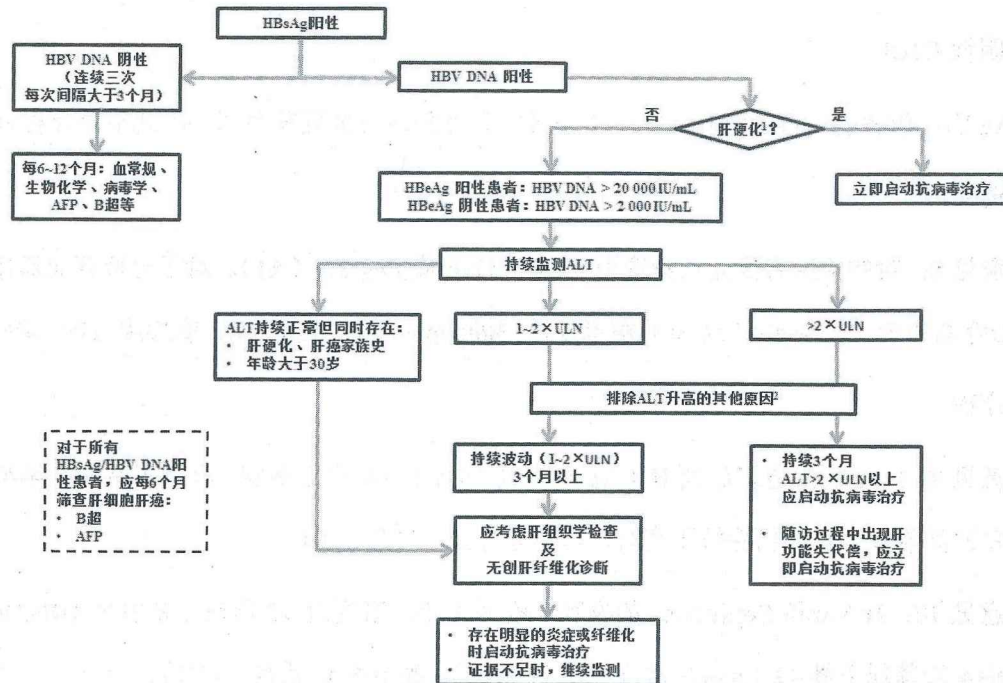
推荐意见 11: 对初治患者优先推荐选用 ETV 或 TDF (A1)。IFN- α 有导致肝功能衰竭等并发症的可能,因此禁用于失代偿性肝硬化患者,对于代偿性肝硬化患者也应慎用¹⁵⁰。(A1)。

(二) 患者的随访管理

慢性 HBV 携带者和非活动性 HBsAg 携带者的随访

慢性 HBV 携带者因处于免疫耐受期,一般情况下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,一般不推荐抗病毒治疗¹⁴¹,但对于年龄超过 35 岁、有 HCC 家族史的高病毒载量患者需要考虑抗病毒治疗。必须注意相当一部分免疫耐受期患者在成年后随着免疫耐受的打破会出现肝炎活动⁴⁶。因此,对于 HBV 携带者应每 3~6 个月进行血常规、生物化学、病毒学、AFP、B 超和无创肝纤维化等检查,必要时行肝活检,若符合抗病毒治疗指征,应及时启动治疗。

非活动性 HBsAg 携带者也不推荐抗病毒治疗,但此类患者有发展成 HBeAg 阴性 CHB 的可能,且长期随访仍有发生 HCC 的风险¹⁵¹,因此建议每 6 个月进行血常规、生物化学、病毒学,AFP、B 超和无创肝纤维化等检查。若符合抗病毒治疗指征,也应及时启动治疗。



1. 肝硬化: ①组织学或临床提示存在肝硬化的证据; ②病因学明确的 HBV 感染证据。通过病史或相应的检查予以明确或排除其他常见引起肝硬化的病因如 HCV 感染、酒精和药物等。
2. ALT 升高的其他常见原因: 其他病原体感染、药物、酒精、免疫、脂肪肝等。

图1 慢性 HBV 感染者管理流程图

抗病毒治疗过程中的患者随访

抗病毒治疗过程中定期随访的目的是为了监测抗病毒治疗的疗效、用药依从性，以及耐药和不良反应。

表 7. 抗病毒治疗过程中的检查项目及频率

检查项目	IFN 治疗患者建议检测频率	NAAs 治疗患者建议检测频率
血常规	治疗第 1 个月每 1~2 周检测 1 次，以后每月检测 1 次至治疗结束	每 6 个月检测 1 次直至治疗结束
生化学指标	每月检测 1 次直至治疗结束	每 3~6 个月检测 1 次直至治疗结束
HBV DNA	每 3 个月检测 1 次直至治疗结束	每 3~6 个月检测 1 次直至治疗结束
HBsAg/HbsAb/HBeAg/HBeAb	每 3 个月检测 1 次	每 6 个月检测 1 次直至治疗结束
甲胎蛋白（AFP）	每 6 个月检测 1 次	每 6 个月检测 1 次直至治疗结束
肝硬度测定值（LSM）	每 6 个月检测 1 次	每 6 个月检测 1 次直至治疗结束
甲状腺功能 and 血糖	每 3 个月检测 1 次，如治疗前就已存在甲状腺功能异常或已患糖尿病，建议应每个月检查甲状腺功能和血糖水平	根据既往病情决定
精神状态	密切观察，定期评估精神状态；对出现明显抑郁症状和有自杀倾向的患者，应立即停止治疗并密切监护	根据既往病情决定
腹部超声	每 6 个月检测 1 次，肝硬化患者每 3 个月检测 1 次。如 B 超发现异常，建议行 CT 或 MRI 检查	每 6 个月检测 1 次直至治疗结束
其他检查	根据患者病情决定	服用 LdT 的患者，应每 3~6 个月监测肌酸激酶；服用 TDF 或 ADV 的患者应每 3~6 个月监测肌酐和血磷

(三) 治疗结束后的患者随访

治疗结束后对停药患者进行密切随访的目的在于能够评估抗病毒治疗的长期疗效,监测疾病的进展以及 HCC 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 3 个月内应每月检测 1 次肝功能,HBV 血清学标志物及 HBV DNA;之后每 3 个月检测 1 次肝功能,HBV 血清学标志物及 HBV DNA,至少随访 1 年时间,以便及时发现肝炎复发及肝脏功能恶化。此后,对于持续 ALT 正常且 HBV DNA 低于检测下限者,建议至少每年进行一次 HBV DNA、肝功能、AFP 和超声影像检查。对于 ALT 正常但 HBV DNA 阳性者,建议每 6 个月进行 1 次 HBV DNA 和 ALT,AFP 和超声影像检查。对于肝硬化患者,应每 3 个月检测 AFP 和腹部超声显像,必要时做 CT 或 MRI 以早期发现 HCC。对肝硬化患者还应每 1~2 年进行胃镜检查,以观察有无食管胃底静脉曲张及其进展情况。

十五、特殊人群抗病毒治疗推荐意见

(一) 无应答及应答不佳患者

经过规范的普通 IFN- α 或 PegIFN- α 治疗无应答的患者,应选用 NAs 重新治疗 (A1)。在依从性良好的情况下,使用耐药基因屏障低的 NAs 治疗后原发无应答或应答不佳的患者,应及时调整治疗方案继续治疗^{118, 142} (A1)。对于使用 ETV 或 TDF 治疗后出现原发无应答或应答不佳的患者,是否需要调整治疗方案目前仍未阐明¹⁵²。

(二) 应用化疗和免疫抑制剂治疗的患者

慢性 HBV 感染患者在接受肿瘤化疗或免疫抑制治疗过程中,大约有 20%~50% 的患者可以出现不同程度的乙型肝炎再活动,重者出现急性肝功能衰竭甚至死亡。高病毒载量是发生乙型肝炎再活动最重要的危险因素¹⁵³。预防性抗病毒治疗可以明显降低乙型肝炎再活动¹⁵⁴。并建议选用强效低耐药的 ETV 或 TDF 治疗¹⁵⁵。

对于所有因其他疾病而接受化疗或免疫抑制剂治疗的患者,在起始治疗前都应常规筛查 HBsAg、抗 HBc 和 HBV DNA,并评估接受免疫抑制剂的风险程度。在开始免疫抑制剂及化疗药物前一周开始应用抗病毒治疗。对 HBsAg 阴性、抗 HBc 阳性者,若使用 B 细胞单克隆抗体等,可以考虑预防使用抗病毒药物。^{156, 157} (A1)。在化疗和免疫抑制剂治疗停止后,应当继续 NAs 治疗 6 个月以上。NAs 停用后可出现复发,甚至病情恶化,应注意随访和监测 (A1)。

(三) HBV 和 HCV 合并感染患者的治疗

HBV 合并 HCV 感染要综合患者 HBV DNA 水平、HCV RNA 水平以及 ALT 情况,采取不同治疗方案。对 HBV DNA 低于检测下限, HCV RNA 可检出者参照抗 HCV 治疗方案 (A1)。HBV DNA 和 HCV RNA 均可检出,应先用标准剂量 PegIFN- α 和利巴韦林治疗 3 个月,如 HBV DNA 下降 $<2\log_{10}$ IU/mL 或升高,

建议加用 ETV 或 TDF 治疗;或换用抗 HCV 直接作用抗病毒药物并加用 ETV 或 TDF 治疗(A1)^{9, 56, 158-160}。

(四) HBV 和 HIV 合并感染患者的治疗

对于近期不需要进行抗逆转录病毒治疗 (antiretroviral therapy, ART) ($CD4^+$ T 淋巴细胞 $>500/\mu L$), 如符合 CHB 抗病毒治疗标准的患者, 建议使用 PegIFN- α 或 ADV 抗 HBV 治疗 (C1)。对一过性或轻微 ALT 升高 (1~2 倍 ULN) 的患者, 建议肝组织活检或无创肝纤维化评估 (B2)。

$CD4^+$ T 淋巴细胞 $\leq 500/\mu L$ 时, 无论 CHB 处于何种阶段, 均应开始 ART, 优先选用 TDF 加 LAM, 或 TDF 加恩曲他滨 (FTC) (A1)^{2, 161-163}。对于正在接受 ART 且治疗有效的患者, 若 ART 方案中无抗 HBV 药物, 则可加用 NAs 或 PegIFN- α 治疗 (C2)。

当需要改变 ART 方案时, 除非患者已经获得 HBeAg 血清学转换、并完成了足够的巩固治疗时间, 不应当在无有效药物替代前中断抗 HBV 的有效药物 (B1)。

(五) 乙型肝炎导致的肝功能衰竭

对 HBsAg 阳性或 HBV DNA 阳性的急性和亚急性肝功能衰竭患者应尽早应用 NAs 抗病毒治疗, 建议选择 ETV 或 TDF。抗病毒治疗应持续至发生 HBsAg 血清学转换(C1)。对于慢加急/亚急性肝功能衰竭及慢性肝功能衰竭患者, 只要 HBV DNA 阳性就应抗病毒治疗^{3, 164-168}。肝功能衰竭患者抗病毒治疗中应注意监测血浆乳酸水平(C1)。

(六) 乙型肝炎导致的 HCC

对于 HBV 相关的 HCC 患者, 外科手术切除、肝动脉化疗栓塞、放射治疗或消融等治疗可导致 HBV 复制活跃。较多的研究显示, HCC 肝切除术时 HBV DNA 水平是预测术后复发的独立危险因素之一, 且抗病毒治疗可显著延长 HCC 患者的无复发生存期及提高总体生存率^{169, 170}。因此, 对 HBV DNA 阳性的 HCC 患者建议应用 NAs 抗病毒治疗, 并优先选择 ETV 或 TDF 治疗(A1)。

(七) 肝移植患者

对于 HBV 相关疾病接受肝移植的患者, 推荐尽早使用抑制 HBV 作用强且耐药发生率低的 NAs 治疗, 以获得尽可能低的病毒载量, 防止移植肝再感染。对于移植肝 HBV 再感染低风险患者, 即移植前患者 HBV DNA 不可测, 可在移植前直接予 ETV 或 TDF 治疗, 术后无需使用 HBIG (B1)¹⁷¹。对于移植肝 HBV 再感染高风险患者, 术中无肝期给予 HBIG, 移植后主要抗病毒方案为 NAs 联合低剂量 HBIG, 其中选择 ETV 或 TDF 联合低剂量 HBIG 能更好地抑制肝移植术后乙型肝炎复发(A1)¹⁷¹⁻¹⁷³。对于已经使用其他 NAs 药物的患者需密切监测耐药发生, 及时调整治疗方案。HBV 相关肝移植患者需要终身应用抗病毒药物以预防乙型肝炎复发 (A1)¹⁷⁴。

(八) 妊娠相关情况处理

有生育要求的 CHB 患者,若有治疗适应证,应尽量在孕前应用 IFN 或 NAs 治疗,以期在孕前 6 个月完成治疗。在治疗期间应采取可靠避孕措施(A1)。

对于妊娠期间 CHB 患者,ALT 轻度升高可密切观察,肝脏病变较重者,在与患者充分沟通并权衡利弊后,可以使用 TDF 或 LdT 抗病毒治疗(B1)。

对于抗病毒治疗期间意外妊娠的患者,如应用 IFN- α 治疗,建议终止妊娠(B2)。如应用口服 NAs 药物:若应用的是妊娠 B 级药物(LdT 或 TDF)或 LAM,在充分沟通、权衡利弊的情况下,可继续治疗;若应用的是 ETV 和 ADV,在充分沟通、权衡利弊的情况下,需换用 TDF 或 LdT 继续治疗,可以继续妊娠(A1)^{175,176}。

免疫耐受期妊娠患者血清 HBV DNA 高载量是母婴传播的高危因素之一,新生儿标准乙肝免疫预防及母亲有效的抗病毒治疗可显著降低 HBV 母婴传播的发生率。妊娠中后期如果 HBV DNA 载量 $>2\times 10^6$ IU/mL,在与患者充分沟通、知情同意基础上,可于妊娠第 24~28 周开始给予 TDF、LdT 或 LAM(A1)。建议于产后 1~3 个月停药,停药后可以母乳喂养(C2)。^{16,177-179}

男性抗病毒治疗患者的生育问题: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,可在与患者充分沟通的前提下考虑生育。(C2)

(九) 儿童患者

儿童 HBV 感染者常处于免疫耐受期,通常不考虑抗病毒治疗。对于进展期肝病或肝硬化患儿,应及时抗病毒治疗,但需考虑长期治疗安全性及耐药性问题。目前美国食品药品监督管理局(FDA)批准用于儿童患者治疗的药物包括普通 IFN- α (2~17 岁)、LAM (2~17 岁)、ADV (12~17 岁)、ETV (2~17 岁)和 TDF (12~17 岁)。临床试验表明普通 IFN- α 治疗儿童患者的疗效与成人患者相当。IFN- α 用于儿童患者的推荐剂量为每周 3 次,每次 3~6 MU/m²体表面积,最大剂量不超过 10 MU/m²。但 IFN- α 不能用于 1 岁以下儿童治疗。在充分知情同意的基础上,2~11 岁也可选用 ETV 治疗,12~17 岁可选用 ETV 或 TDF 治疗(A1)。剂量参照美国 FDA 和世界卫生组织(WHO)推荐意见(表 8)^{9,180-182}。

表 8 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，体质量 $\geq 10\text{Kg}$ 。 体质量 $>30\text{Kg}$ ，按成人剂量）	10~11	0.15
	$>11\sim 14$	0.20
	$>14\sim 17$	0.25
	$>17\sim 20$	0.30
	$>20\sim 23$	0.35
	$>23\sim 26$	0.40
	$>26\sim 30$	0.45
	>30	0.5
TDF（年龄 ≥ 12 岁）	≥ 35	300

（十）肾功能损害患者

NAs 抗病毒治疗是 HBV 相关肾小球肾炎治疗的关键，推荐使用强效、低耐药的药物。NAs 多数以药物原型通过肾脏清除，因此，用药时需根据患者的肾功能受损程度进行给药间隔和/或剂量调整，具体剂量调整方案可参考相关药品说明书。对于已经存在肾脏疾患及其高危风险的 CHB 患者，应尽可能避免应用 ADV 或 TDF。有研究提示 LdT 可能具有改善估算肾小球滤过率（estimated glomerular filtration rate, eGFR）的作用，但其机制不明。对于存在肾损害风险的 CHB 患者，推荐使用 LdT 或 ETV 治疗(B1)^{9, 180-182}

推荐意见：

推荐意见 12： 经过规范的普通 IFN- α 或 PegIFN- α 治疗无应答的患者，可以选用 NAs 再治疗。在依从性良好的情况下，对于使用耐药基因屏障低的 NAs 治疗后原发无应答或应答不佳的患者，应及时调整治疗方案继续治疗。(A1)

推荐意见 13： 对于所有因其他疾病而接受化疗、免疫抑制剂治疗的患者，在起始治疗前都应常规筛查 HBsAg、抗-HBc 和 HBV DNA，在开始免疫抑制剂及化疗药物前一周开始应用抗病毒治疗，优先选择 ETV 或 TDF。对 HBsAg 阴性、抗 HBc 阳性者，若使用 B 细胞单克隆抗体等，可以考虑预防使用抗病毒药物。(A1)

推荐意见 14： 对于 HBV 合并 HIV 感染者，若 CD4⁺T 淋巴细胞 $\leq 500/\mu\text{L}$ 时，无论 CHB 处于何种阶段，均应开始针对艾滋病的联合抗病毒治疗(ART)，优先选用含有 TDF 加 LAM，或 TDF 加恩曲他滨(FTC)的方案 (A1)。

推荐意见 15: 对 HBsAg 阳性或 HBV DNA 阳性的急性、亚急性和慢加急性肝功能衰竭患者应尽早应用 NAs 抗病毒治疗, 建议选择 ETV 或 TDF (A1)。

推荐意见 16: 对 HBV DNA 阳性的 HCC 患者建议应用 NAs 抗病毒治疗, 并优先选择 ETV 或 TDF 治疗 (A1)。

推荐意见 17: 对于移植前患者 HBV DNA 不可测的 HBV 再感染低风险患者, 可在移植前予 ETV 或 TDF 治疗, 术后无需使用 HBIG (B1)。对于移植肝 HBV 再感染高风险患者, 肝移植后主要抗病毒方案为 NAs 联合低剂量 HBIG, 其中选择 ETV 或 TDF 联合低剂量 HBIG 能更好地抑制肝移植术后乙型肝炎复发 (A1)。

推荐意见 18: 妊娠期间乙型肝炎发作患者, ALT 轻度升高可密切观察, 肝脏病变较重者, 在与患者充分沟通并权衡利弊后, 可以使用 TDF 或 LdT 抗病毒治疗 (A1)。

推荐意见 19: 对于抗病毒治疗期间意外妊娠的患者, 如应用 IFN- α 治疗, 建议终止妊娠 (B2)。若应用的是妊娠 B 级药物(LdT 或 TDF)或 LAM, 治疗可继续; 若应用的是 ETV 和 ADV, 需换用 TDF 或 LdT 继续治疗, 可以继续妊娠 (A1)。

推荐意见 20: 为进一步减少 HBV 母婴传播, 免疫耐受期妊娠中后期 HBV DNA $>2\times 10^6$ IU/mL, 在充分沟通知情同意基础上, 可于妊娠第 24~28 周开始给予 TDF、LdT 或 LAM, 建议于产后 1~3 个月停药, 停药后可以母乳喂养 (B1)。

推荐意见 21: 对于儿童进展期肝病或肝硬化患儿, 应及时抗病毒治疗, 但需考虑长期治疗安全性及耐药性问题。1 岁以上儿童可考虑 IFN- α 治疗。2 岁以上可选用 ETV 治疗, 12 岁以上可选用 TDF 治疗(A1)

推荐意见 22: 对于已经存在肾脏疾患及其高危风险的 CHB 患者, 应尽可能避免应用 ADV 或 TDF。对于存在肾损害风险的 CHB 患者, 推荐使用 ETV 或 LdT 治疗 (B1)。

十六、待解决的问题

1. 生物学标志在乙型肝炎自然史、治疗指征、疗效预测及预后判断方面的地位和作用;
2. 肝纤维化无创诊断手段在治疗适应证、疗效判断及长期随访中的地位 and 作用;
3. NAs 和 IFN- α 联合/序贯方案的疗效确认及成本效果分析;
4. 寻找预测 NAs 停药的临床标准及生物学标志;
5. 长期 NAs 治疗对肝硬化逆转、HCC 发生率的影响;
6. 长期 NAs 治疗的安全性以及妊娠期 NA 治疗对母婴长期安全性的影响;

7. 基于长期随访队列及大数据库的临床疗效研究;
8. 探索建立医患互动新型慢病管理模式, 提高患者依从性;
9. 开展卫生经济学研究、探索降低药物价格、提高治疗可及性的有效途径;
10. 探索清除 HBsAg 的新疗法及 HBsAg 清除后的长期临床转归。

作者按姓氏笔画排序:

王贵强 王福生 成军 任红 庄辉 孙剑 李兰娟 李杰 孟庆华 赵景民 段钟平
侯金林 贾继东 唐红 盛吉芳 彭劼 鲁凤民 谢青 魏来