·指南与规范·

DOI：10.12449/JCH260711

《2026年亚太肝病学会临床实践指南：慢性乙型肝炎病毒感染的管理》摘译

刘　诗，梁婉荧，王建鲁，陈艺丹，陈京华，孙　剑

南方医科大学南方医院感染内科，广东省肝脏疾病研究所，广州 510515

通信作者：孙剑，doctorsunjian@qq.com（ORCID：0000-0001-5320-227X）

摘要：2026年6月27日，亚太肝病学会更新发布了慢性乙型肝炎病毒感染的管理指南，该指南涵盖筛查、疫苗接种、抗病毒治疗及肝细胞癌监测等13个核心领域，提出多项推荐意见。本文对该指南的推荐意见进行了归纳与摘译。

关键词：乙型肝炎病毒；疾病管理；诊疗准则

An excerpt of APASL clinical practice guidelines on the management of chronic hepatitis B infection: A 2026 update

Liu Shi, Liang Wanying, Wang Jianlu, Chen Yidan, Chen Jinghua, Sun Jian

Department of Infectious Diseases, Nanfang Hospital, Southern Medical University, Guangdong Institute of Liver Diseases, Guangzhou 510515

Corresponding author: Sun Jian, doctorsunjian@qq.com (ORCID: 0000-0001-5320-227X)

Abstract: On June 27, 2026, the Asian Pacific Association for the Study of the Liver (APASL) released updated management guidelines for chronic HBV infection, which systematically elaborates on screening, vaccination, antiviral treatment, and hepatocellular carcinoma surveillance and other aspects in 13 key areas, and provides comprehensive recommendations. This article summarizes and makes an excerpt of the key recommendations from the updated guidelines.

Key words: Hepatitis B Virus; Disease Management; Practice Guidelines

慢性乙型肝炎病毒（hepatitis B virus，HBV）感染仍是亚太地区重大的公共卫生挑战，全球约有2.6亿慢性HBV感染者，其中超过2/3在亚太地区。中国、印度、印度尼西亚、孟加拉国、越南、菲律宾、巴基斯坦、缅甸等8个国家的慢性HBV感染者例数及相关死亡例数合计约占亚太地区总数的90%。尽管已有有效的疫苗、可靠的诊断方法和安全高效的抗病毒药物，亚太地区慢性HBV感染的诊断率和治疗率仍然较低，通常不足15%，严重阻碍了全球消除病毒性肝炎的目标实现。

近年来，慢性乙型肝炎（chronic hepatitis B，CHB）的诊疗格局发生了显著变化，高耐药屏障核苷（酸）类似物药物成本下降，新型生物标志物如定量HBV表面抗原（quantitative hepatitis B surface antigen，qHBsAg）、HBV核心相关抗原（hepatitis B core-related antigen，HBcrAg）、HBV RNA等逐步进入临床应用、非侵入性肝纤维化评估技术不断进步和以功能性治愈为目标的新型药物研发持续推进，这些进展正在重塑CHB的临床管理。同时，代谢相关脂肪性肝病（metabolic dysfunction-associated fatty liver disease，MAFLD）和酒精性肝病患病率上升，进一步增加了CHB管理的复杂性。

基于上述背景，亚太肝病学会于2022年成立病毒性肝炎消除工作组，组织亚太地区约20个国家和地区的权威专家，经多轮面对面会议和在线讨论，采用GRADE系统（表1）评估证据质量和推荐强度，最终制定了该版指南[1]。指南涵盖13个核心领域问题和系列推荐意见。本文对该指南的主要内容进行摘译。

表1 GRADE证据质量与推荐强度分级

Table 1 Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

分级	定义与含义
证据质量	
高(A)	非常确信真实效应接近效应估计值。进一步研究不太可能改变对效应估计值的信心
中(B)	对效应估计值的信心为中等。真实效应很可能接近估计值,但仍可能存在实质性差异。进一步研究可能会对信心产生重要影响
低(C)	对效应估计值的信心有限。真实效应可能与效应估计值存在实质性差异,进一步研究很可能对信心产生重要影响
极低(D)	对效应估计值几乎没有信心。真实效应很可能与效应估计值存在实质性差异。任何效应估计都非常不确定
推荐强度	
强(1)	该干预措施的预期效果(益处)显然大于其不良影响(危害和负担),或者反之亦然。大多数知情患者会选择推荐的治疗方案
弱/条件(2)	其中的权衡取舍并不明确:证据质量较低,或益处与危害相近。针对不同患者,应采取不同的选择;因此需要共同决策

注:GRADE,推荐分级的评估、制订及评价。

1 疫苗、筛查与诊断

1.1 疫苗

1.1.1 新生儿预防HBV围产期传播的首剂HBV疫苗接种最佳时机为何时?

推荐意见:

(1)所有临床状况稳定的新生儿应在出生后24 h内接种首剂HBV疫苗。(A1)

(2)对于HBV表面抗原(HBV surface antigen, HBsAg)阳性母亲所生的新生儿,应在出生后12 h内接种疫苗,最好同时联合使用HBV免疫球蛋白。(A1)

(3)建议按照标准接种程序完成HBV疫苗全程接种。对于常规3剂次方案,疫苗应于0、1、6月龄接种,理想情况下全程应于6个月内完成。完成疫苗全程接种可确保获得持久免疫及长期保护。(A1)

1.1.2 对于已接种疫苗人群,是否有必要行血清学检测以确认免疫应答状态?

推荐意见:

(1)鉴于目前疫苗的高免疫原性,不建议健康人群在接种HBV疫苗或其他常规疫苗后行血清学检测。(A1)

(2)建议对以下存在疫苗应答不佳风险或缺乏免疫保护可能导致严重临床结局的高危人群接种疫苗后进行血清学检测:

①免疫功能低下患者:接种后1~2个月检测HBV表面抗体(hepatitis B surface antibody, HBsAb),若HBsAb<10 mIU/mL,则重新接种。(A1)

②医务人员:接种后1~2个月检测HBsAb,若HBsAb<10 mIU/mL,则重新接种;若持续无应答,进一步检测HBsAg。(A1)

③HBsAg阳性母亲所生婴儿:应在完成3剂次HBV疫苗全程接种后1~2个月(即9~12月龄时)行HBsAg和HBsAb的联合检测。(A1)

④HBsAg阳性者的性伴侣和家庭接触者:接种后1~2个月检测HBsAb,若HBsAb<10 mIU/mL,则重新接种。(A2)

1.1.3 对于已完成基础免疫全程接种者,是否有必要加强接种HBV疫苗?

推荐意见:

(1)对于已完成乙型肝炎基础免疫接种且表现出充分免疫应答的免疫功能正常者,不建议进行常规加强接种。(A1)

(2)对于高危人群或免疫功能低下者,当HBsAb<10 mIU/mL时,应考虑接种加强针。该人群接种疫苗后可行血清学检测,以指导是否需要加强接种。(A1)

1.2 筛查

1.2.1 哪些人群应接受HBV感染筛查?

推荐意见:

(1)在慢性HBV感染中高流行地区(HBsAg阳性流行率≥2%),建议为成年人提供至少1次HBV筛查。(B1)

(2)以下高风险人群应行HBV筛查,无论年龄或原国籍:患有肝病或丙氨酸氨基转移酶(alanine aminotransferase, ALT)水平升高者;正在接受免疫抑制或免疫调节治疗者(包括肿瘤化疗、免疫检查点抑制剂、嵌合抗原受体T细胞免疫治疗和器官/骨髓移植);有注射吸毒史者;惩教机构在押人员;有不安全注射史者;男性间性行为者或有多个性伴侣或性传播感染史的人群;HBV感染者的家庭成员、同住者及性伴侣;接受透析治疗患者;有HBV相关肝外表现者;丙型肝炎病毒(hepatitis C virus,

HCV）或人类免疫缺陷病毒（human immunodeficiency virus，HIV）合并感染者；孕妇及HBV感染母亲所生婴儿；血液或器官捐献者；医务人员；在低流行率国家（<2%），建议对出生于高流行率国家（>2%）的人群进行筛查。（B1）

1.2.2 HBV筛查方法有哪些？

推荐意见：

（1）首次HBV筛查至少应行HBsAg和HBV核心抗体（HBV core antibody，HBcAb）检测。（A1）

（2）对于HBsAg阳性标本，自动启动HBV DNA检测。（B2）

1.3 肝纤维化评估

1.3.1 如何开展肝纤维化评估？

推荐意见：

（1）肝脏活组织检查是诊断CHB患者炎症程度和纤维化分期的金标准。（A1）

（2）推荐非侵入性检测作为评估CHB患者纤维化严重程度的一线方法。（B1）

（3）对于非侵入性检测结果不一致，或存在合并其他病因和/或代谢合并症，且诊断可能影响治疗决策和预后的患者，应个体化予以肝脏活组织检查。（C2）

（4）推荐采用血液检测与影像学技术相结合的非侵入性方法，而非肝脏活组织检查，用于评估进展期肝纤维化及监测疾病进展。（B1）

1.3.2 在条件有限的地区，应如何评估肝纤维化？非侵入性检测在其中发挥什么作用？

推荐意见：

（1）在条件有限地区，纤维化-4指数或天冬氨酸氨基转移酶/血小板比值指数等基于血液的非侵入性检测应作为CHB患者肝纤维化评估的主要工具。（B1）

（2）振动控制瞬时弹性成像应作为补充工具，以提高诊断精确度，特别是在基于血液的非侵入性评估后治疗决策仍不确定时。（B2）

1.3.3 如何无创识别CHB合并MAFLD患者中肝损伤的主要驱动因素？

推荐意见：

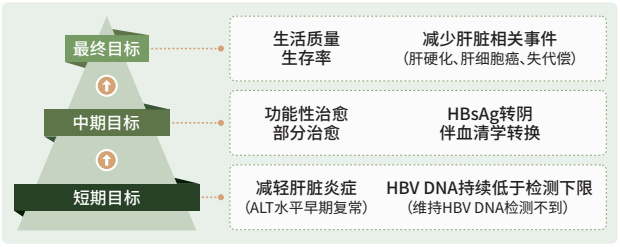
（1）所有CHB患者均应常规评估MAFLD及其组分（肥胖、糖尿病、血脂异常和高血压），并采用非侵入性纤维化评估工具评估肝纤维化程度。（B2）

（2）无论是否已启动抗病毒治疗，合并MAFLD的CHB患者均应监测肝病进展和肝脏相关事件。（B2）

（3）在合并MAFLD的CHB患者中，肝脂肪变和纤维化的生物标志物不能用于鉴别肝损伤的病因是HBV或MAFLD或两者兼有。（C2）

2 治疗

2.1 治疗目标（图1）



注：CHB，慢性乙型肝炎；HBV，乙型肝炎病毒；HBsAg，HBV表面抗原；ALT，丙氨酸氨基转移酶。

图1 CHB治疗金字塔

Figure 1 Pyramid of CHB treatment

2.1.1 CHB治疗的目标是什么？治疗目标的替代终点有哪些？ CHB管理的总体目标是通过疫苗接种、筛查、抗病毒治疗、监测及传播预防等综合策略，降低全球HBV疾病负担。在个体层面，治疗旨在预防疾病进展为肝硬化、肝功能失代偿和HCC，从而提高患者长期生存率和生活质量。

推荐意见：

短期目标：

（1）对于HBV e抗原（HBV e antigen，HBeAg）阳性和阴性的CHB患者，接受抗病毒治疗的主要短期目标是实现HBV DNA持续低于检测下限和ALT复常。（A1）

（2）对于HBeAg阳性患者，实现HBeAg血清学转换可反映良好的治疗应答。（A1）

（3）对于HBeAg阴性患者，治疗应以维持病毒学抑制及持续ALT正常为目标。（A1）

中期目标：

（1）治疗需维持病毒学抑制与生化缓解，此二者系已获证实的抗病毒疗效替代性指标。（A1）

（2）在可行的情况下，治疗可争取达到功能性治愈，即治疗结束后持续（≥6个月）HBsAg转阴且HBV DNA低于检测下限。（A1）

（3）若功能性治愈难以实现，达到HBsAg水平显著下降（如<100 IU/mL）可被视为部分治愈，并可作为合适的治疗目标。（B1）

最终目标：

（1）公共卫生举措应致力于通过疫苗接种、筛查、及时抗病毒治疗及预防传播，降低全球HBV疾病负担。（A1）

（2）治疗应预防肝脏相关并发症，最终提高生存率

和生活质量。(A1)

2.2　治疗策略(图2)

2.2.1　当前抗病毒治疗的疗效如何？

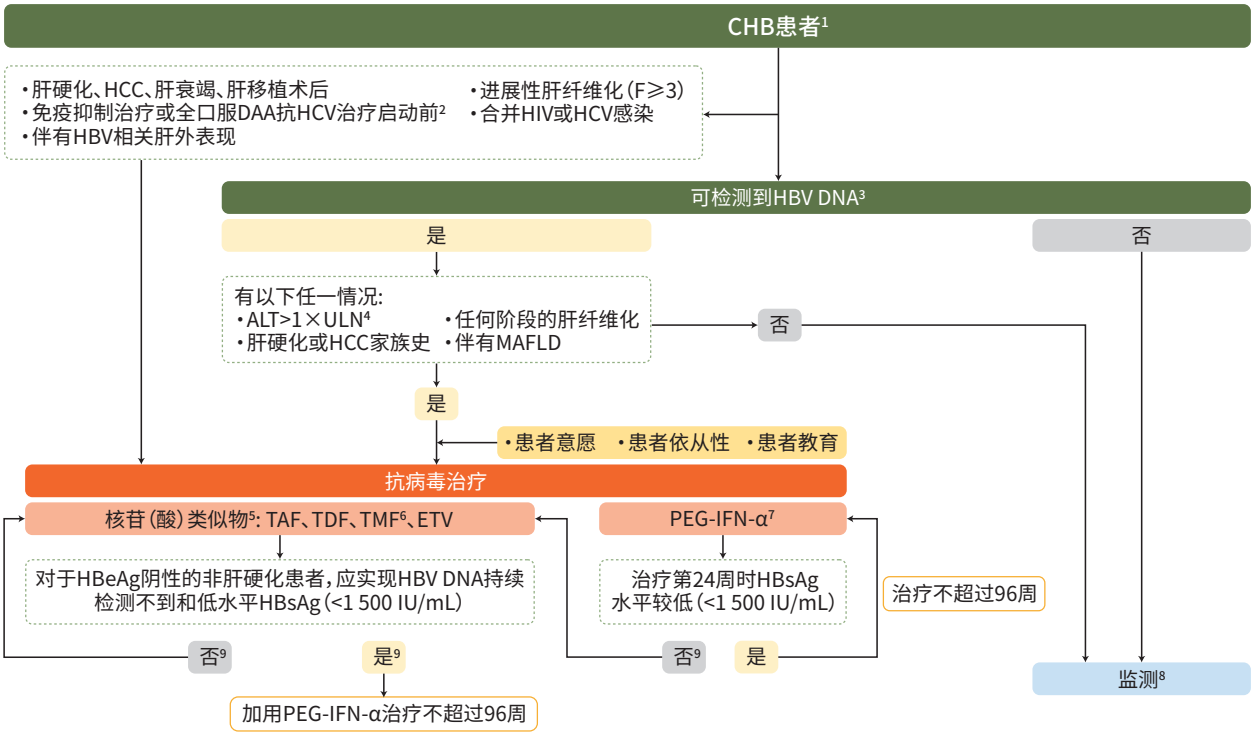
推荐意见：

(1)富马酸丙酚替诺福韦(tenofovir alafenamide fumarate，TAF)、富马酸替诺福韦酯(tenofovir disoproxil fumarate，TDF)、艾米替诺福韦(tenofovir amibufenamide，TMF，目前仅在中国大陆可用)和恩替卡韦(entecavir，ETV)是治疗CHB的一线核苷(酸)类似物。(A1)

(2)对于无免疫治疗禁忌证的患者，聚乙二醇干扰素α(polyethylene glycol interferon-α，PEG-IFN-α)可考虑作为CHB的一线治疗选择。PEG-IFN-α的禁忌证包括：已知对α干扰素(包括PEG-IFN-α-2a)或其任何成分存在过敏反应，如荨麻疹、血管性水肿、支气管痉挛、过敏性休克或史-约综合征等；自身免疫性肝炎；肝硬化患者治疗前存在肝功能失代偿(蔡尔德-皮尤评分>6分，即B级和C级)；合并HIV感染的慢性丙型肝炎肝硬化患者，治疗前存在肝功能失代偿且蔡尔德-皮尤评分≥6分；新生儿和婴儿(因其含有苯甲醇，苯甲醇可增加新生儿和婴儿神经系统及其他并发症的发生率，且有时可致命)。(A1)

(3)在核苷(酸)类似物治疗后获得持续病毒学抑制(HBV DNA持续低于检测下限)且血清HBsAg水平较低(<1 500 IU/mL)的患者中，在评估患者意愿和临床适宜性后，可考虑加用PEG-IFN-α进行最长96周的有限疗程治疗，以追求功能性治愈。(B1)

(4)患者应接受系统教育，了解治疗的必要性、定期



1、HBsAg持续阳性至少6个月。
2、参考《2021年亚太肝病学会临床实践指南：与免疫抑制治疗相关的HBV再激活》。
3、高灵敏度核酸扩增检测方法(检测下限< 20 IU/mL)。
4、ULN：40 IU/L。
5、应基于长期安全性和患者合并症个体化选择核苷(酸)类似物。对于伴有肾功能不全/骨骼疾病或存在肾功能不全/骨骼疾病风险的患者，建议使用TAF和ETV；对于孕妇、育龄期女性和哺乳期母亲，建议使用TDF或TAF。
6、TMF目前仅在中国大陆可用。
7、对于有PEG-IFN-α禁忌证的患者，不建议启动基于干扰素的治疗。PEG-IFN-α禁忌证，包括失代偿期肝病(Child-Pugh 分级为B级或C级)、严重精神障碍、自身免疫性疾病、未控制的甲状腺疾病、严重心功能不全或肾功能不全、未控制的癫痫发作、妊娠或已知对干扰素过敏。
8、未达到治疗标准的HBsAg阳性患者需要终身定期随访监测ALT、HBV DNA和肝纤维化，以便及早发现疾病再激活或进展。
9、对于HBsAg持续转阴和HBV DNA低于检测下限的患者，可以停用核苷(酸)类似物。为确认HBsAg持续转阴，应在初始转阴后至少6个月重新检测HBsAg，以确保应答的持久性。

注：CHB，慢性乙型肝炎；HCC，肝细胞癌；DAA，直接抗病毒药物；HCV，丙型肝炎病毒；HBV，乙型肝炎病毒；HIV，人类免疫缺陷病毒；MAFLD，代谢相关脂肪性肝病；ALT，丙氨酸氨基转移酶；ULN，正常值上限；TAF，富马酸丙酚替诺福韦；TDF，富马酸替诺福韦二吡呋酯；TMF，艾米替诺福韦；ETV，恩替卡韦；PEG-IFN-α，聚乙二醇干扰素α；Child-Pugh分级，蔡尔德-皮尤分级；HBeAg，HBV e抗原；HBsAg，HBV表面抗原。

图2　CHB治疗流程图

Figure 2　CHB treatment algorithm

监测的重要性以及抗病毒治疗的依从性，以确保最佳临床结局。(C1)

2.2.2 哪些生物标志物可用于指导治疗决策？ qHBsAg可反映肝内共价闭合环状DNA和整合HBV DNA的转录活性，其水平有助于筛选PEG-IFN-α治疗的优势人群、预测核苷(酸)类似物停药后持续应答，并作为功能性治愈(停药后24周HBsAg转阴)的判定指标。血清HBV DNA基线水平与肝硬化及HCC发生风险呈正相关，该指标是启动抗病毒治疗和评估病毒学应答的核心标志物。新型生物标志物如血清HBV RNA、HBcrAg和HBcAb定量虽能为评估共价闭合环状DNA转录活性和疾病进展风险提供补充信息，但检测方法尚未标准化。因此，当前临床决策中最实用且经过充分验证的仍是qHBsAg联合HBV DNA检测。

推荐意见：

(1) 治疗前和治疗期间应通过实时荧光定量聚合酶链反应检测血清HBV DNA，定量下限为<10～20 IU/mL。(B1)

(2) 血清HBsAg应在基线和PEG-IFN-α治疗期间进行检测，且可用于非肝硬化患者长期核苷(酸)类似物治疗后的停药评估。(B1)

2.2.3 治疗决策应如何权衡成本和效果、长期安全性和患者意愿？ CHB管理策略正逐步扩大抗病毒治疗覆盖范围。多项卫生经济学模型及全球综述证实，对低活动性CHB患者予以早期抗病毒治疗，可显著降低HBV相关并发症和病死率，具有较高的成本效益比，进一步支持了“全员治疗”(Treat-All)策略，该策略与世界卫生组织关于2030年消除病毒性肝炎公共卫生威胁的目标相一致。

推荐意见：

(1) 对于疾病进展高风险人群，无论其HBV DNA或ALT水平如何，均应优先给予治疗。(A1)

(2) 在条件允许的情况下，应采用“全员治疗”(Treat-All)策略，对不符合传统高危标准的CHB患者启动抗病毒治疗。(B1)

(3) 治疗方案的选择应兼顾长期安全性和合并症情况。对于有肾脏或骨骼疾病风险的患者，优先选用TAF或ETV，而非TDF。(A1)

(4) 治疗决策应纳入共同决策模式，充分考虑患者偏好、社会心理因素及接受长期治疗的意愿。(B1)

注：疾病进展高风险人群包括：肝硬化、HCC、肝衰竭、肝移植术后、进展性肝纤维化(F≥3)患者；接受免疫抑制治疗或细胞毒治疗或全口服直接抗病毒药物(direct-acting antiviral agent，DAA)抗HCV治疗启动前的患者；合并HIV或HCV感染者；伴有HBV相关肝外表现的患者。

2.2.4 对于处于较早纤维化分期或不符合传统治疗启动标准的“灰区”CHB患者，是否应启动抗病毒治疗？

推荐意见：

(1) 对于慢性HBV感染且HBV DNA可检测到、ALT水平超过正常值上限(如≥40 IU/L)的患者，无论纤维化分期或HBeAg状态如何，均应启动抗病毒治疗。该建议同样适用于纤维化轻微或无纤维化(早期纤维化阶段)患者，以及具有疾病进展风险的特定亚组人群，如有肝硬化或肝细胞癌家族史者、合并MAFLD患者。(B1)

(2) 对于疾病进展高风险人群，无论HBV DNA水平如何，均应优先给予抗病毒治疗。(A1)

2.2.5 在何种条件下可安全停止抗病毒治疗？停药后应如何监测复发？

推荐意见

(1) 对于HBeAg阳性或HBeAg阴性的非肝硬化患者，在实现HBsAg持续转阴(定义为停药后HBsAg阴性持续至少6个月)且HBV DNA低于检测下限，无论HBsAb是否发生血清学转换，均可停用核苷(酸)类似物治疗。(A1)

(2) 对于HBeAg阴性的非肝硬化患者，在实现HBV DNA持续低于检测下限超过3年后，可由经验丰富的临床医生评估是否停用核苷(酸)类似物治疗。停药后前6个月内，应至少每月检测1次HBV DNA和ALT，此后可根据临床判断延长监测间隔。(B2)

(3) 对于HBeAg阳性或HBeAg阴性的肝硬化患者，不推荐停用核苷(酸)类似物治疗。(A2)

(4) HBsAg阴性的持久性需通过间隔≥6个月的2次检测阴性来确认。(A1)

2.3 特殊人群

2.3.1 妊娠期女性应如何管理HBV？

推荐意见：

(1) 妊娠早期应常规筛查HBsAg。(A1)

(2) HBsAg阳性孕妇，应根据CHB抗病毒治疗适应证评估是否启动抗病毒治疗。(A1)

(3) HBeAg阳性和/或HBV DNA ≥ 2×10^5 IU/mL的孕妇，为预防母婴传播，应在妊娠晚期开始应用TDF或TAF抗病毒治疗。(A1)

(4) 妊娠期确诊为HBsAg阳性的女性，产后应复查HBsAg、HBV DNA和ALT，以明确感染状态，评估疾病活动度，并确定是否需要继续抗病毒治疗；同时应提供咨询和适当管理，以降低向性伴侣及未来妊娠传播的风险。(B1)

（5）母亲应用TDF或TAF抗病毒治疗期间，母乳喂养是安全的。（A1）

2.3.2 合并代谢疾病人群应如何管理HBV？

推荐意见：

（1）对于合并糖尿病的CHB患者，应与内分泌科医师或基层医疗团队协作，予以最佳血糖控制。（A1）

（2）推荐对伴有可干预代谢合并症的CHB患者进行生活方式干预。（A1）

2.3.3 合并感染（HDV/HCV/HIV）患者应如何管理HBV？

推荐意见：

HBV/HIV共感染者：

（1）无论ALT水平、HBV DNA水平或CD4细胞计数如何，均应尽快启动抗逆转录病毒治疗，且方案需包含2种对HBV有活性的抗病毒药物。核苷（酸）类似物核心方案应包括TDF或TAF联合拉米夫定或恩曲他滨。（A1）

HBV/HDV共感染者：

（1）所有慢性HBV/HDV共感染且肝病处于代偿期的患者，均应考虑使用PEG-IFN-α或Bulevirtide进行抗HDV治疗。（A1）

（2）失代偿期肝硬化患者应进行肝移植评估。（A1）

HBV/HCV共感染者：

（1）HBV/HCV共感染者应接受DAA治疗HCV。（A1）

（2）HBsAg阳性患者在启动DAA治疗前推荐进行预防性核苷（酸）类似物治疗。（A1）

（3）HBsAg阴性但HBcAb阳性患者在DAA治疗期间需密切监测ALT、HBV DNA和HBsAg。（A1）

2.3.4 酒精相关性肝病患者应如何管理HBV？

推荐意见：

（1）强烈建议所有合并酒精性肝病的CHB患者完全戒酒。为促进戒酒，应提供药物辅助治疗及系统化的心理社会支持或成瘾干预支持。（A1）

（2）实施包括肝病科、成瘾医学科、营养科和精神心理科在内的多学科协作管理模式，并通过系统化的患者教育，强化戒酒、抗病毒治疗依从性及对失代偿表现的识别。（A1）

2.3.5 终末期肝病患者应如何管理HBV？

推荐意见：

（1）所有失代偿期肝硬化患者，无论ALT水平及HBeAg状态如何，均应启动抗病毒治疗。（A1）

（2）TAF、TDF或ETV为一线治疗药物，因TAF在肾脏和骨骼安全性方面优于TDF，可优先选用TAF。（A1）

（3）失代偿期肝硬化或既往有HCC病史者，需终身维持抗病毒治疗，不推荐停药。（A1）

3 HCC监测

3.1 HCC风险预测

3.1.1 风险预测模型如何更好地用于指导HCC监测？

推荐意见：

（1）整合年龄、肝纤维化严重程度及性别等因素的HCC风险评分，可用于识别核苷（酸）类似物治疗的高风险患者，使其纳入HCC监测。（A1）

（2）血小板-年龄-性别评分（platelets-age-gender score，PAGE-B评分）≥10分和/或改良PAGE-B评分（mPAGE-B）≥9分的中高风险核苷（酸）类似物治疗患者应接受HCC监测。（B1）

（3）对于治疗时间较长（超过5年）或合并糖尿病的CHB患者，HCC风险评分结果应谨慎解读。（B2）

注：PAGE-B和mPAGE-B评分在抗病毒治疗5年后的预测准确性可能下降。此外，糖尿病是HCC风险独立危险因素。

3.2 HCC监测策略

3.2.1 对于mPAGE-B评分≥9分的患者，应采取何种监测策略？

推荐意见：

（1）推荐每6个月进行甲胎蛋白（alpha-fetoprotein，AFP）和超声检查。（A1）

（2）推荐AFP、超声和异常凝血酶原联合检测以提高早期检出准确性。（B1）

3.2.2 对于HBsAg清除后的患者，应采取何种监测策略？

推荐意见：

（1）对于HBsAg清除后合并进展期肝纤维化及肝硬化的患者，推荐终身进行HCC监测，每6个月行超声及AFP检查。（C1）

4 传播预防

4.1 是否应在一般人群及从事暴露性操作的HBV感染医务人员中预防性使用核苷（酸）类似物以预防HBV传播？

推荐意见：

（1）在已有HBV疫苗可用的情况下，不建议常规预防性使用核苷（酸）类似物仅用于预防水平传播。（C2）

（2）从事暴露性操作的慢性HBV感染医务人员，应接受核苷（酸）类似物治疗以维持HBV DNA低于检测下

限，从而将本已较低的患者间传播风险降至最低。（A2）

4.2 对于慢性HBV感染者的家庭接触者或性接触者，是否应实施家庭为基础的筛查以发现未诊断的感染者，并指导易感者接种疫苗？

推荐意见：

（1）应对慢性HBV感染者的所有家庭接触者和性接触者进行筛查。（B1）

（2）筛查项目应包括HBsAg、HBsAb和HBcAb，以明确是否存在现症感染、具有免疫力或为易感者。（B1）

5 开放性问题

5.1 如何应对职业场所中的污名化问题？

（1）应制订并实施明确涵盖慢性HBV感染的反歧视政策，确保医疗保密性，并确保工作场所实践符合国家法律法规。对工作的限制应以循证医学为依据，而非以污名化为导向。

（2）应定期开展循证健康教育，以纠正关于慢性HBV感染的误解，并通过提高认知、同伴支持和明确的报告机制，营造支持性的工作环境。

（3）慢性HBV感染者应享有与世界其他公民同等的地位和权利。

5.2 为改善筛查可及性和治疗衔接，最佳的管理模式是什么？

（1）HBV检测、治疗和监测可下放至初级与社区医疗服务提供者，采用即时检验和简化诊疗流程，并为复杂病例建立明确的转诊路径。

（2）应确保TDF或ETV的可及性，通过以患者为中心的支持措施提高治疗依从性，并将HBV服务纳入国家卫生框架，以确保公平性和可持续性。

5.3 在CHB管理中，功能性治愈作为治疗终点的作用是什么？

（1）功能性治愈应定义为持续HBsAg阴转（伴或不伴HBsAb血清学转换），且停药后第24周时HBV DNA持续低于检测下限。

（2）功能性治愈应被视为改善临床结局的经过验证的替代终点；临床试验应聚焦于免疫活动期的HBeAg阳性和HBeAg阴性患者，并根据每种研究药物的特性制订全面的安全性监测方案。

（3）部分治愈可视为中间治疗终点，定义为HBsAg < 100 IU/mL且HBV DNA检测不到。

（4）HBsAg清除后，为密切监测病毒学复发，应在第1年内每3个月检测1次HBV DNA和ALT，此后每半年检测1次，其后每年检测1次。

（5）在亚太地区，实现功能性治愈需要采取多方面的综合策略，包括制订预防、早期诊断和可负担治疗的政策，配备经过充分培训的医疗服务提供者，资助合作性研究，并开展患者和社区教育以减少污名化、提高参与度。

利益冲突声明：本文不存在任何利益冲突。

作者贡献声明：刘诗、梁婉荧、王建鲁、陈艺丹、陈京华负责摘译；孙剑负责审校。

参考文献：

[1] You H, Maiwall R, Chen J, et al. APASL clinical practice guidelines on the management of chronic hepatitis B infection: a 2026 update [J]. Hepatol Int, 2026. DOI: 10.1007/s12072-026-11108-1. [Epub ahead of print].

收稿日期：2026-07-07；**录用日期：**2026-07-19

本文编辑：邢翔宇

引证本文：刘诗, 梁婉荧, 王建鲁, 等.《2026年亚太肝病学会临床实践指南：慢性乙型肝炎病毒感染的管理》摘译[J]. 临床肝胆病杂志, 2026, 42(7): 1561-1567.

Liu Shi, Liang Wanying, Wang Jianlu, et al. An excerpt of APASL clinical practice guidelines on the management of chronic hepatitis B infection: A 2026 update[J]. J Clin Hepatol, 2026, 42(7): 1561-1567.