



HỘI NGHỊ LIÊN NGÀNH PHIÊN Y HỌC GIA ĐÌNH

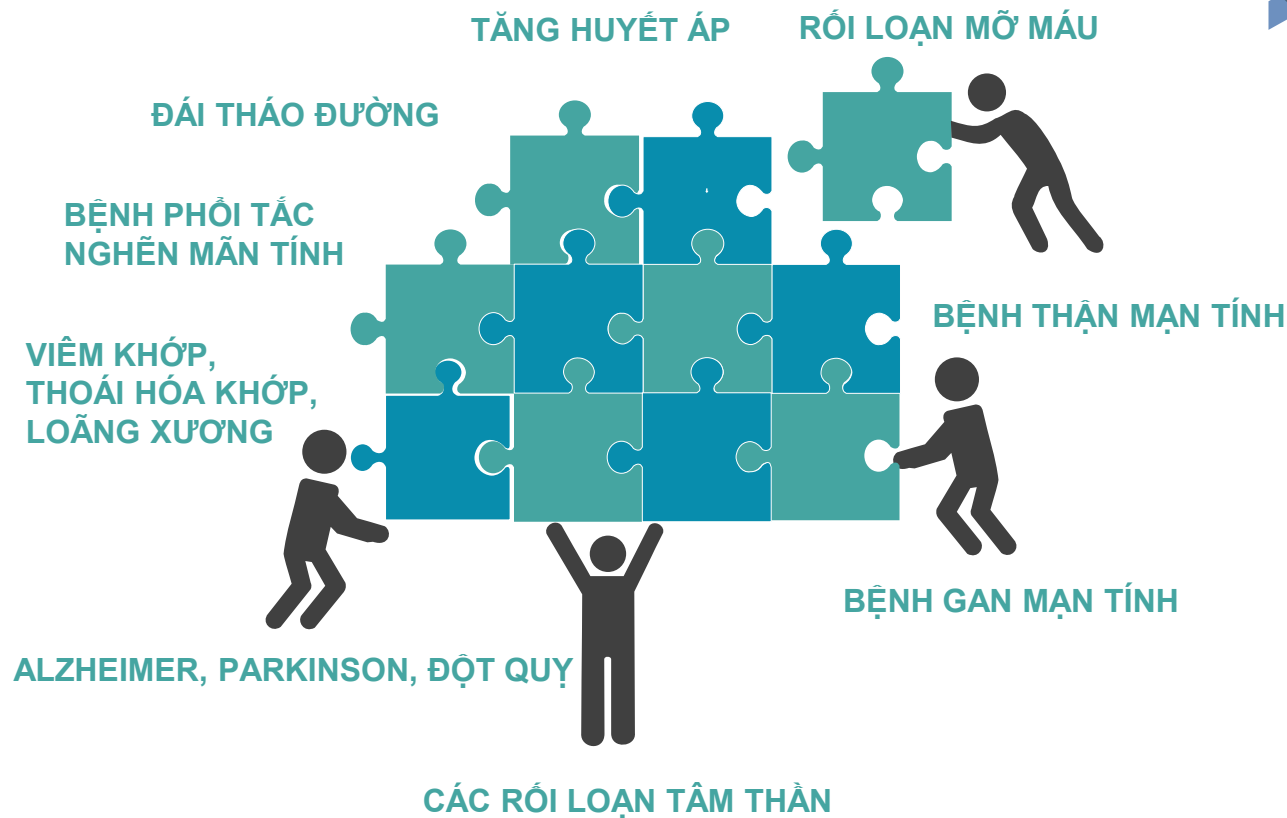
Quản lý và phòng ngừa viêm gan trong chăm sóc ban đầu

ThS.BS Lê Thái Kim Thư

Trung tâm bác sĩ gia đình
Trường Y, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Thành phố Hồ Chí Minh, 20 tháng 9 năm 2025

CÁC BỆNH MẠN TÍNH



DÀN BÀI



QUẢN LÝ VIÊM GAN SIÊU VI B MẠN TẠI
PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ

QUẢN LÝ BỆNH GAN NHIỄM MỠ LIÊN QUAN ĐẾN
RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA TẠI PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ

QUẢN LÝ BỆNH GAN MẠN TÍNH DỰA TRÊN
CÔNG CỤ Y HỌC GIA ĐÌNH

QUẢN LÝ VIÊM GAN SIÊU VI B MẠN TẠI PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ

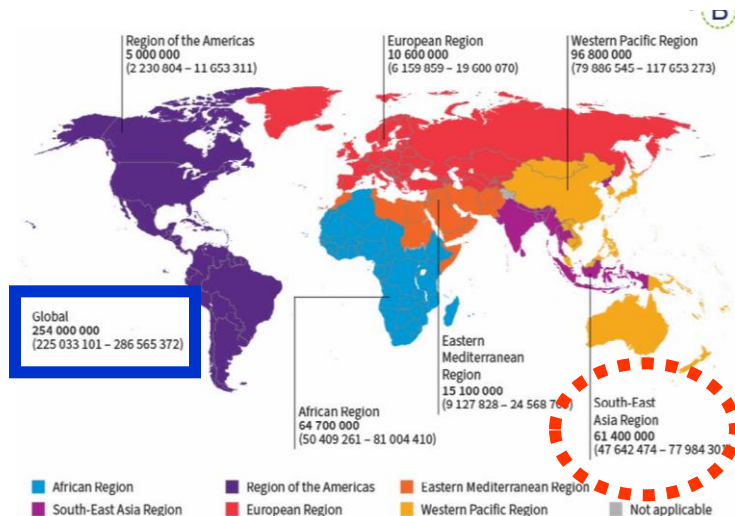
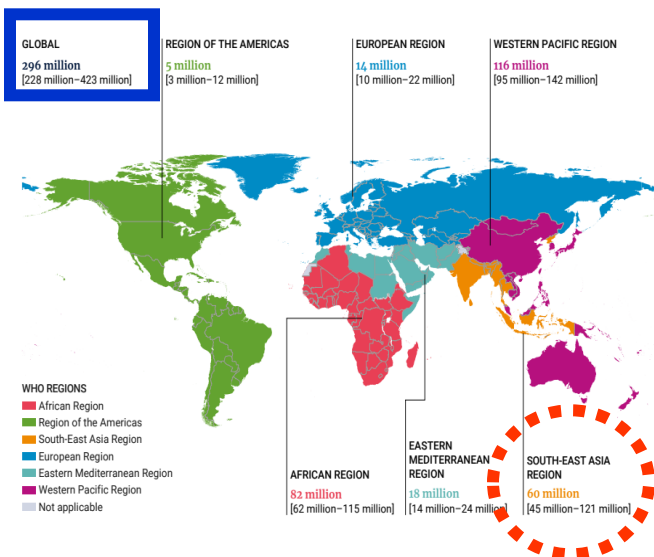
Gánh nặng bệnh tật

Gánh nặng của nhiễm HBV trên thế giới



Burden of chronic hepatitis B infection (HBsAg +)
by WHO Region, 2019

Prevalent cases of chronic hepatitis B by
WHO region, 2022



WHO-INTERIM GUIDANCE FOR COUNTRY VALIDATION OF VIRAL HEPATITIS ELIMINATION. JUNE 2021

WHO. Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries

Gánh nặng bệnh tật



Các nước có số ca nhiễm HBV chiếm tổng 2/3 của thế giới, 2022

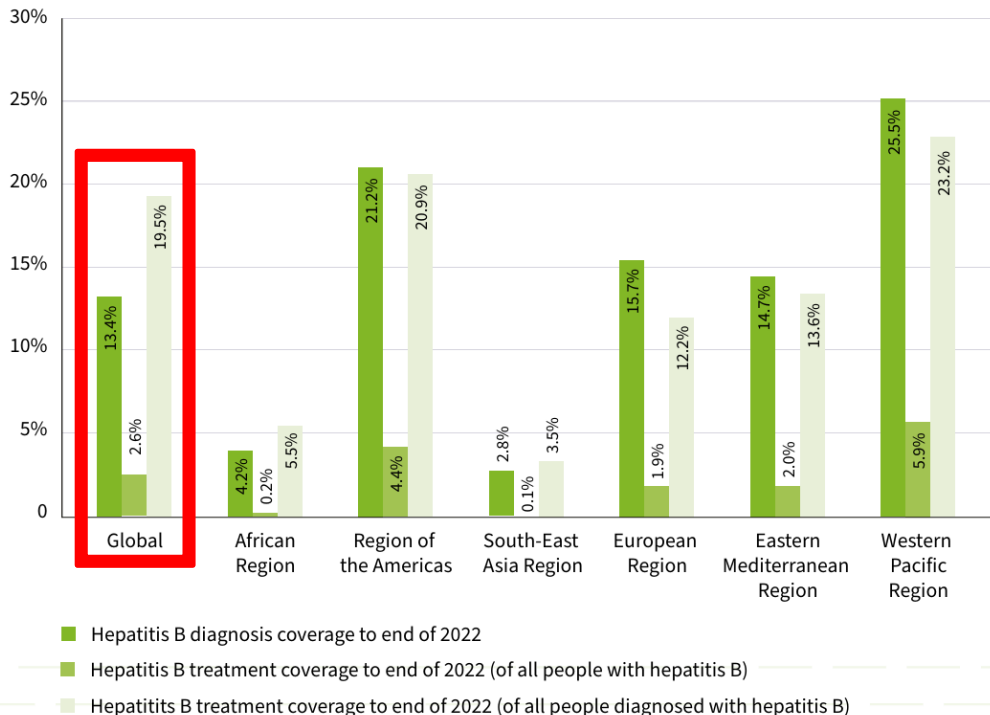
Country	Total hepatitis B infections (all ages)	Total hepatitis C infections (all ages)	Total hepatitis B + hepatitis C infections (all ages)	Proportion of total hepatitis B + hepatitis C infections(%)
China	79 700 000	4 000 000	83 700 000	27.5
India	29 800 000	5 500 000	35 300 000	11.6
Indonesia	17 500 000	1 400 000	18 900 000	6.2
Nigeria	14 400 000	1 350 000	15 700 000	5.2
Pakistan	3 800 000	8 800 000	12 600 000	4.2
Ethiopia	7 700 000	692 000	8 400 000	2.7
Bangladesh	7 200 000	1 020 000	8 300 000	2.7
Viet Nam	6 500 000	900 000	7 400 000	2.4
Philippines	5 700 000	400 000	6 100 000	2.0
Russian Federation	1 700 000	2 700 000	4 300 000	1.4

Gánh nặng bệnh tật

Thành tựu và khoảng trống trong quản lý viêm gan B



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



Các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị

BỘ Y TẾ

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



Số: 3310/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 29 tháng 7 năm 2019

QUYẾT ĐỊNH

VỀ VIỆC BAN HÀNH HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM GAN VI RÚT B

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức Bộ Y tế;

Xét biên bản họp ngày 03/7/2016 của Hội đồng chuyên môn nghiên cứu sửa đổi Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút B;

Xét đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút B và các phụ lục kèm theo. I

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành. Bãi bỏ Quyết định số 5448/QĐ-BYT ngày 30/12/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút B.

Điều 3. Các ông, bà: Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; Chánh Văn phòng Bộ; Chánh Thanh tra Bộ; các Vụ trưởng, Cục trưởng của Bộ Y tế; Giám đốc các bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; Thủ trưởng y tế các Bộ, ngành; Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thủ trưởng (để biết);
- Website Bộ Y tế, website Cục QLKCB;
- Lưu: VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Nguyễn Viết Tiến

Guidelines for the prevention, diagnosis, care and treatment for people with chronic hepatitis B infection

March 2024

Update on Prevention, Diagnosis, and Treatment of Chronic Hepatitis B: AASLD 2018 Hepatitis B Guidance

Clinical Practice Guidelines

JOURNAL
OF HEPATOLOGY

EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection[☆]

European Association for the Study of the Liver[☆]

Bác sĩ gia đình ở đâu trong các hướng dẫn gan mật?



Clinical Practice Guidelines

JOURNAL
OF HEPATOLOGY

EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection[☆]

European Association for the Study of the Liver^{*}

- Specialists in gastroenterology, hepatology, and infectious diseases
- Physicians in internal medicine and transplant medicine
- **Primary care practitioners**, who play a key role in screening individuals with risk factors for HBV infection and administering hepatitis B vaccinations when necessary.
- All physicians prescribing immunosuppressive therapies (e.g. haematologists, oncologists, rheumatologists, dermatologists, and neurologists).

Đối tượng tầm soát VGSV B

Appendix 1. Delphi round agreement on the recommendations of the present clinical practice guidelines.

Recommendation/statement	Consensus
For initial screening of HBV infection, HBsAg and anti-HBc should be determined (strong recommendation). <i>*The recommendation not to include anti-HBs in the initial screening did not achieve strong consensus, as some Delphi panellists advocated for incorporating anti-HBs testing into the screening process.</i>	94%
HBV screening should be performed in individuals (strong recommendation): • with elevated liver enzymes and/or clinical signs of liver disease • with cirrhosis/fibrosis of the liver • with liver cancer (HCC or biliary tract cancer) • with extrahepatic manifestations possibly related to HBV • with end-stage kidney disease undergoing haemodialysis • with HIV infection • with HCV infection • being considered for or undergoing immunosuppressive/immunomodulatory therapy or chemotherapy • with congenital immunodeficiency • considered for stem cell/bone marrow or organ transplants and recipients of such transplants • with an increased risk of exposure to HBV ◦ individuals from regions with intermediate to high HBsAg prevalence ◦ family or household members of HBV-infected individuals ◦ sexual partners of HBV-infected individuals ◦ individuals in care/correctional facilities ◦ individuals with multiple sexual partners ◦ individuals who seek examination or treatment for sexually transmitted diseases ◦ individuals with nonmedical exposure to body fluids ◦ active and former people who inject drugs	98%
HBV screening (HBsAg [anti-HBc not required]) should be performed to prevent transmission in (strong recommendation): • Blood, tissue, semen, and organ donors • Healthcare workers • Pregnant women	98%
Because of the importance of early diagnosis of HBV infection (prevention of transmission, availability of safe and effective treatment measures), EASL advocates population-based screening beyond risk groups to identify unknown cases, especially in countries with intermediate to high endemicity.	98%

Thái độ đứng trước bệnh nhân VGSVB

Hướng dẫn WHO năm 2024

Đánh giá ban đầu trước 1 ca HBsAg dương

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



HBsAg positive



INITIAL ASSESSMENT

ASSESSMENT FOR TREATMENT ELIGIBILITY

1. Severity of liver disease using non-invasive tests (APRI or transient elastography)
2. ALT and HBV DNA level
3. Medical history: Screening for presence of coinfections (eg. HIV, HDV or HCV), comorbidities (eg. diabetes, steatotic liver disease) immune suppression (eg. long term steroids, transplant), extrahepatic manifestations (eg. glomerulonephritis, vasculitis), or family history of liver cancer or cirrhosis

Tầm soát siêu vi đồng nhiễm với HBV

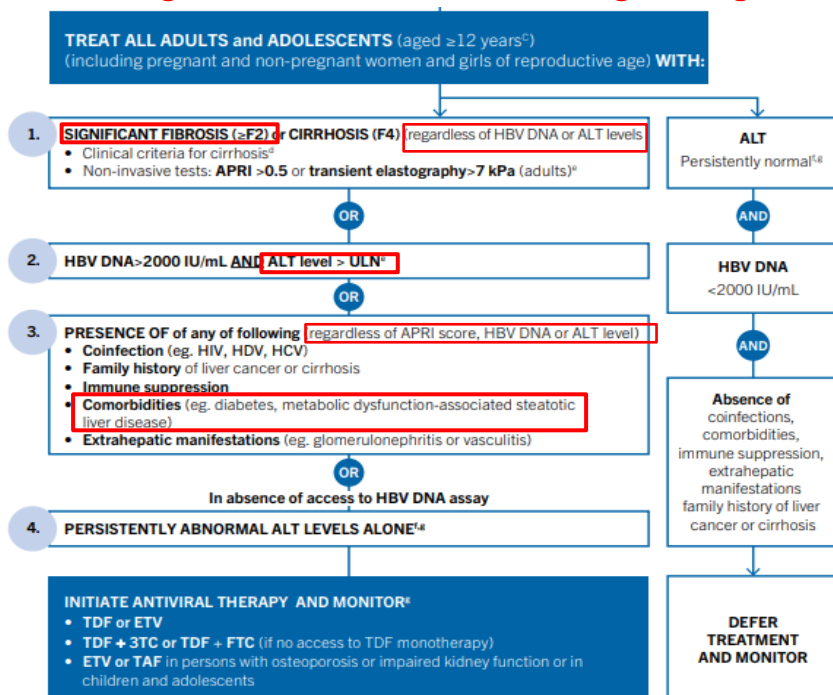


GENERAL CARE MEASURES

1. Counselling on lifestyle eg. alcohol consumption, diet and physical activity
2. Preparation for starting treatment eg. adherence support, risk factors for renal dysfunction^b and baseline renal function (as indicated)
3. Preventive measures eg. HBsAg screening of family and household members and sexual contacts, with HBV vaccination of those negative

Quyết định điều trị bệnh nhân VGSVB

Hướng dẫn WHO năm 2024 Đánh giá ban đầu trước 1 ca HBsAg dương



Những thách thức quản lý VGSVB



QUẢN LÝ BỆNH GAN NHIỄM MỠ
LIÊN QUAN ĐẾN
RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA
TẠI PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ

History of MASLD

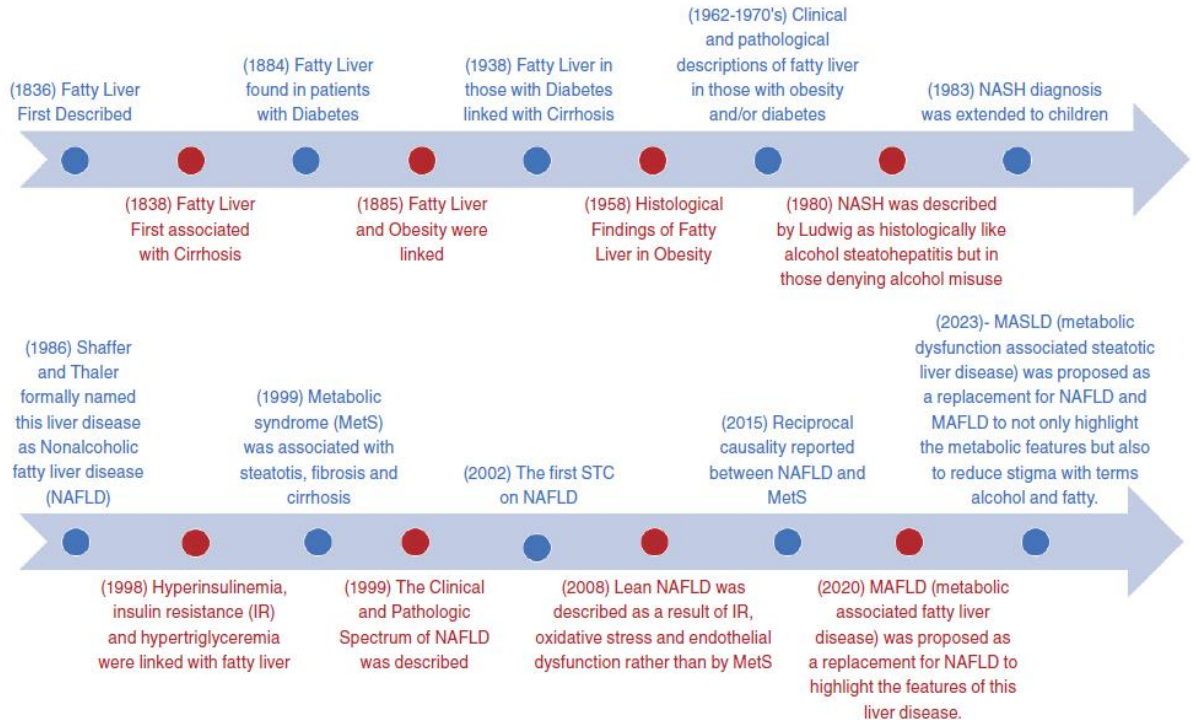


Figure 1. Timeline for the evolution of metabolic dysfunction–associated steatotic liver disease (MASLD). NASH, nonalcoholic steatohepatitis.

- **AFLD** Alcoholic Fatty Liver Disease: bệnh gan nhiễm mỡ do rượu
- **NAFLD** Non Alcoholic Fatty Liver Disease : bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu
- **NASH** Non Alcoholic Steatohepatitis Viêm gan nhiễm mỡ không do rượu
- **MAFLD** Metabolic dysfunction Associated Fatty Liver Disease Bệnh gan nhiễm mỡ liên quan rối loạn chuyển hóa

Sinh bệnh học

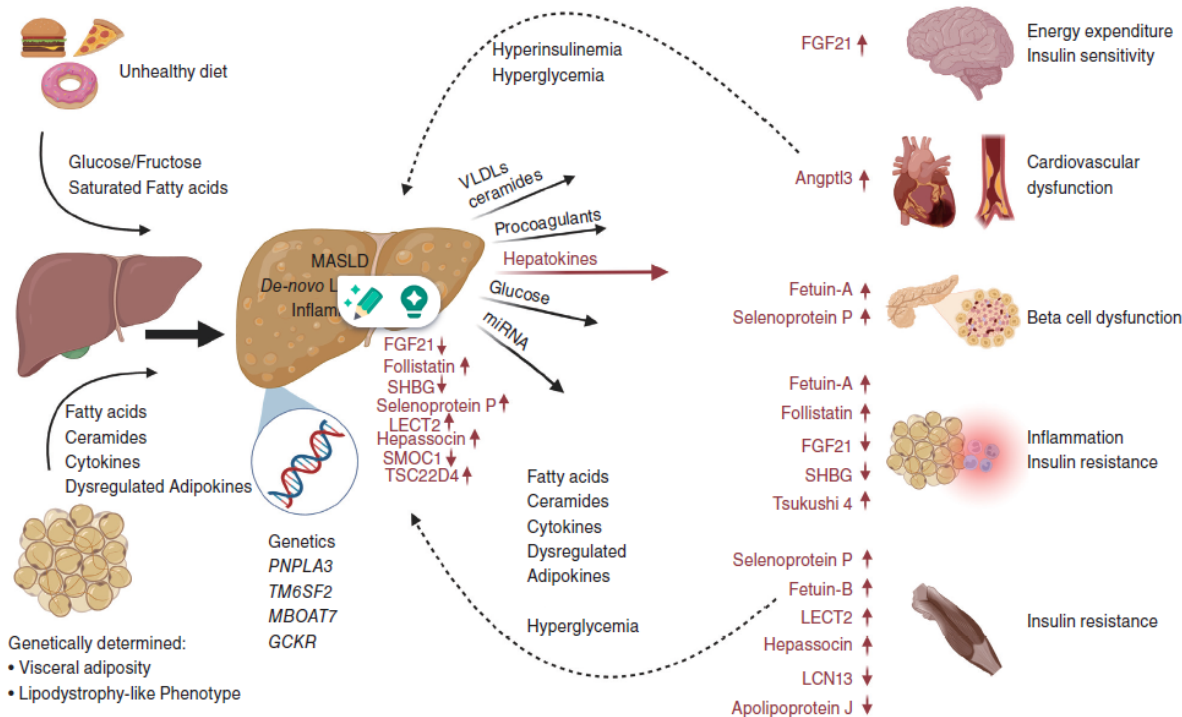


Figure 2. Role of hepatokines and other factors in the development of insulin resistance and cardiovascular disease. MASLD, metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease. Adopted and modified from the article of Stefan et al.²² (Cell Metab 2023;35:236-252) with permission from creative commons.

Sinh bệnh học

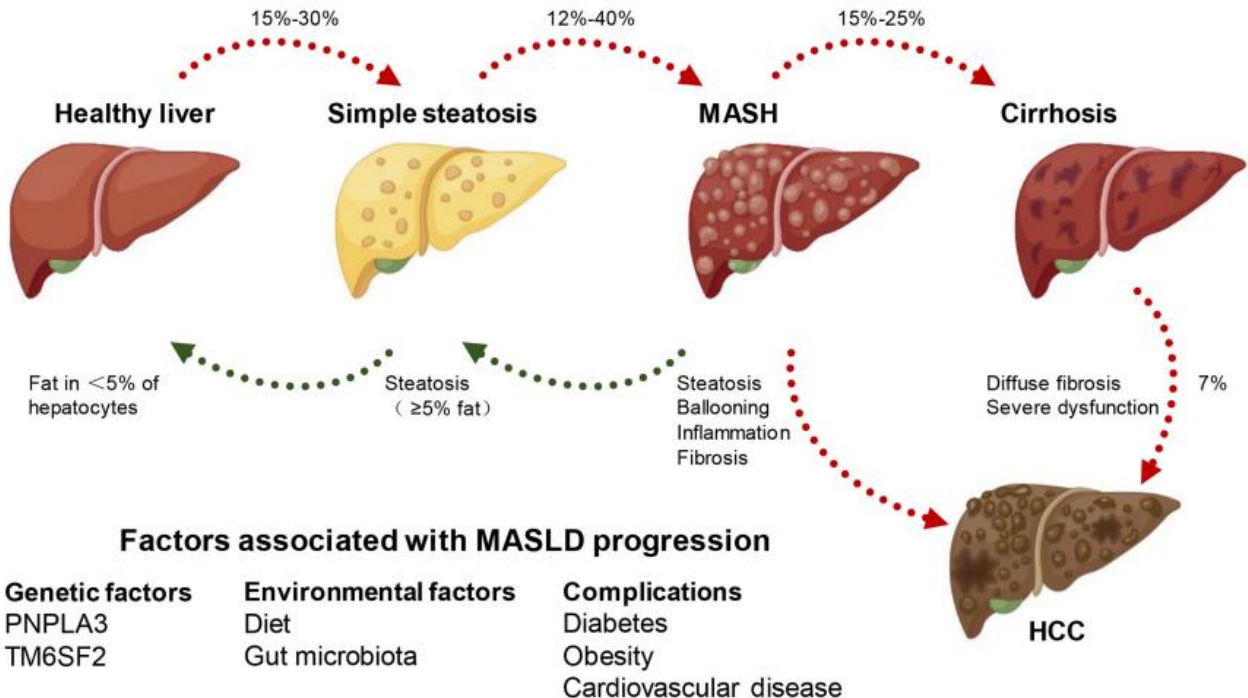
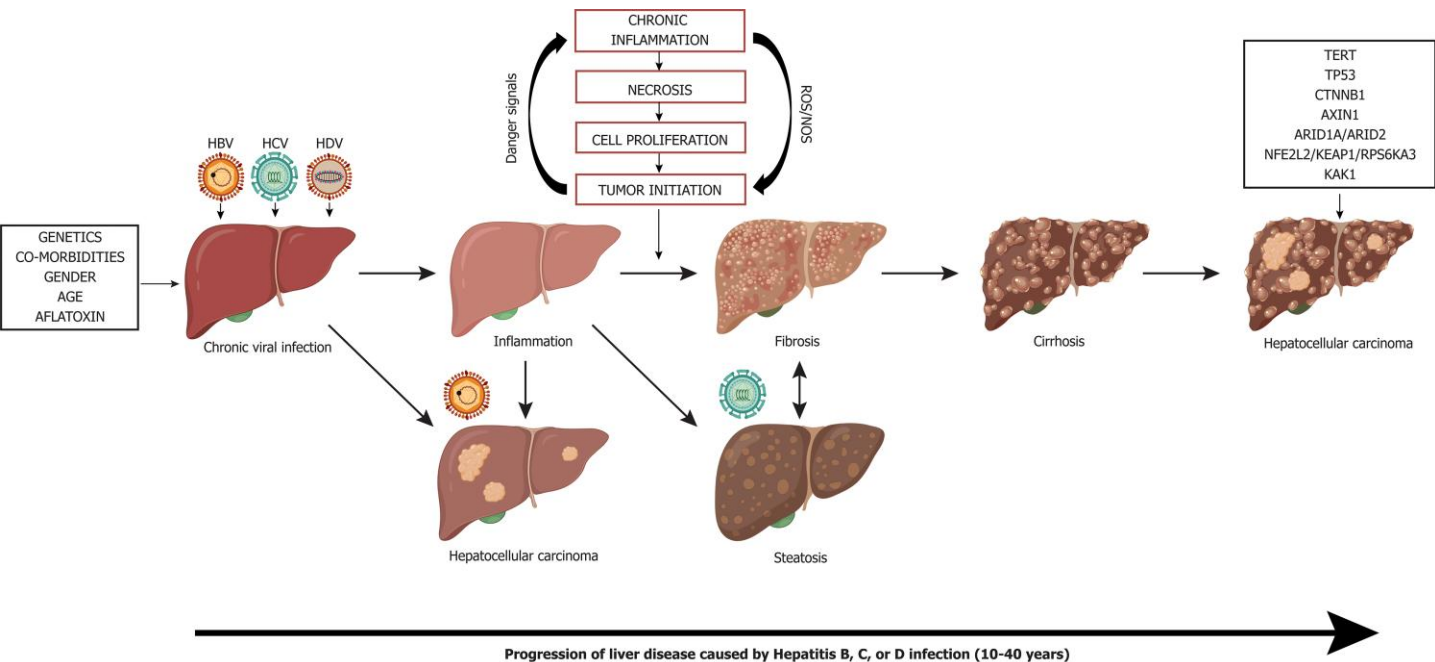


FIGURE 1

MASLD spectrum. According to different clinical conditions, a healthy liver can develop into simple steatosis and metabolically associated steatohepatitis (MASH), which is still reversible. If MASH develops into cirrhosis, the histopathology becomes irreversible and may develop into hepatocellular carcinoma (HCC). At the same time, genetic, environmental factors and combined diseases can affect the occurrence and development of MASLD.

Sinh bệnh học



Tiêu chuẩn chẩn đoán MAFLD

Dân số nguy cơ cao của xơ hóa gan tiến triển do MAFLD

(Béo phì, Đái tháo đường type 2, hội chứng chuyển hóa)

Nhiễm mỡ gan ở người lớn

(hình ảnh học, xét nghiệm hoặc sinh thiết gan)

Thừa cân hoặc béo phì

(BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ ở Âu-Mỹ hoặc
BMI $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ ở châu Á)

Cân nặng bình thường/ốm

(BMI $< 25 \text{ kg/m}^2$ ở Âu-Mỹ hoặc
BMI $< 23 \text{ kg/m}^2$ ở châu Á)

Đái tháo đường type 2

(theo tiêu chuẩn thế giới)

Hiện diện ít nhất 2 yếu tố nguy cơ chuyển hóa:

- Vòng eo $\geq 102/88 \text{ cm}$ đối với nam/nữ ở Âu-Mỹ ($\geq 90/80 \text{ cm}$ ở đối với nam/nữ ở châu Á)
- Huyết áp $\geq 130/85 \text{ mmHg}$ hoặc đang dùng thuốc hạ áp
- Triglycerid máu $\geq 150 \text{ mg/dl}$ hoặc đang dùng thuốc
- HDL-Cholesterol $< 40 \text{ mg/dl}$ với nam và $< 50 \text{ mg/dl}$ với nữ hoặc đang dùng thuốc
- Tiền ĐTĐ: Đường huyết đói 100-125mg/dl hoặc đường huyết sau 2h nghiệm pháp dung nạp glucose 140-199mg/dl hoặc HbA1c 5.7%-6.4%
- Homeostasis model assessment (HOMA)- chỉ số đề kháng insulin ≥ 2.5
- Hs-CRP $> 2 \text{ mg/L}$**

HOMA-IR:

Fasting glucose (mmol/L) + insulin (mU/ml)

22.5

**Béo
bụng**

CHẨN ĐOÁN MAFLD

**Không cần loại trừ
Nguyên nhân khác**

Tiêu chuẩn chẩn đoán MAFLD

Danh pháp	Định nghĩa
Bệnh gan nhiễm mỡ (SLD)	Một thuật ngữ “chung” bao gồm nhiều phân nhóm bệnh khác nhau, chủ yếu đặc trưng bởi tình trạng ứ đọng mỡ túi lớn tại gan.
Bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến rối loạn chuyển hóa (MASLD)	Có SLD với ít nhất một YTNC chuyển hóa (thừa cân hoặc béo phì hoặc vòng eo lớn hơn phân vị thứ 95, tăng huyết áp, tiền ĐTĐ hoặc ĐTĐ tip 2, tăng triglyceride hoặc HDL thấp) và không uống rượu hoặc uống với số lượng không có khả năng trực tiếp dẫn tới bệnh gan (< 20 g/ngày đối với nữ giới, < 30 g/ngày đối với nam giới).
Gan nhiễm mỡ liên quan đến rối loạn chuyển hóa (MASL)	Gan nhiễm mỡ không có viêm tiểu thùy hoặc chỉ có ở mức tối thiểu và không có tình trạng phình to và lượng rượu tiêu thụ dưới ngưỡng ghi chú ở trên.
MASH nguy cơ cao	Viêm gan nhiễm mỡ (có điểm MAS ≥ 4) và xơ hóa giai đoạn $\geq F2$ (tức là những người có nguy cơ mắc bệnh xơ gan trong tương lai cao hơn) (xem bên dưới).
Thang điểm hoạt động MASLD (MAS)**	Tổng số điểm cho tình trạng nhiễm mỡ (0–3) cộng với tình trạng phình tế bào gan (0–2) cộng với tình trạng viêm tiểu thùy (0–3).
Các giai đoạn xơ hóa	Dựa trên mức độ nghiêm trọng và sự phân bố của mô sẹo.
	Xơ hóa nhẹ: giai đoạn F1 (có xơ hóa xoang tĩnh mạch gan ở vị trí quanh tế bào)
	Xơ hóa trung bình: giai đoạn F2 (tức là xơ hóa xoang và xơ hóa khoảng cửa)
	Xơ hóa tiến triển: giai đoạn F3 (tức là xơ hóa cầu nối, thường là cầu nối từ trung tâm đến khoảng cửa hoặc từ trung tâm đến trung tâm) hoặc giai đoạn F4 (cirrhosis - xơ gan)**
Xơ hóa đáng kể về mặt lâm sàng	Xơ hóa giai đoạn $\geq F2$

- SLD (steatotic liver disease), bệnh gan nhiễm mỡ
- MASLD (Metabolic dysfunction–associated steatotic liver disease), Bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến rối loạn chuyển hóa
- MASL (metabolic dysfunction–associated steatotic liver), Gan nhiễm mỡ liên quan đến rối loạn chuyển hóa
- MASH (metabolic dysfunction–associated steatohepatitis), Viêm gan nhiễm mỡ liên quan đến rối loạn chuyển hóa
- MAS (MASLD activity score), thang điểm hoạt động MASLD

ĐỒNG THUẬN ADA 2025

MASLD Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Nhu cầu sàng lọc và can thiệp sớm

Tài liệu được lược dịch bởi Z-waka

**Như vậy MASLD
bao gồm MASL chưa viêm
và MASH đã có viêm-xơ hóa**

Tiêu chuẩn chẩn đoán MAFLD

Thay đổi danh pháp trong SLD

Bệnh gan nhiễm mỡ (SLD)



SLD, steatotic liver disease; MetALD, metabolic dysfunction and alcoholic liver disease; ALD, alcohol-associated liver disease

MASLD

(Bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến rối loạn chuyển hóa)

Gan nhiễm mỡ có ≥ 1 YTNCT tim mạch chuyển hóa:

- Tiền ĐTĐ hoặc ĐTĐ
- Thừa cân hoặc béo phì
- Rối loạn lipid máu (hoặc đang điều trị hạ lipid)
- Tăng huyết áp (hoặc đang dùng thuốc hạ huyết áp)

MetALD

MASLD có tiêu thụ nhiều rượu

MASLD trong bối cảnh tiêu thụ nhiều rượu (từ 20 đến 50 g/ngày ở nữ giới và từ 30 đến 60 g/ngày ở nam giới)

ALD

(Bệnh gan liên quan đến rượu)

Gan nhiễm mỡ trong bối cảnh liên tục tiêu thụ nhiều rượu (> 50 g/ngày ở nữ giới và > 60 g/ngày ở nam giới)

Các nguyên nhân khác của SLD

- Nguyên nhân đã biết: gan nhiễm mỡ do thuốc, SLD monogenic và các nguyên nhân khác
- Nguyên nhân chưa biết: chưa xác định
- Gan nhiễm mỡ không có YTNCT tim mạch chuyển hóa hoặc không sử dụng rượu quá mức (MASLD trong tương lai?)

ADA 2025

Tài liệu được lược dịch bởi Z-waka

Phân tầng nguy cơ xơ hóa



Nguy cơ thấp

FIB-4 < 1.3
LSM < 8kPa
ELF < 7.7



Nguy cơ chưa xác định

FIB-4: 1.3-2.67
LSM 8-12kPa
ELF 7.7 - 9.8



Nguy cơ cao

FIB-4: > 2.67
LSM > 12 kPa
ELF > 9.8

Thay đổi lối sống chung	Giảm thời gian ngồi nghỉ và tăng vận động hàng ngày. Giảm stress thông qua tập thể dục và các phương pháp khác		
Khuyến cáo chế độ ăn uống	Ưu tiên tạo sự thâm hụt năng lượng với bằng cách giảm chất béo bão hòa, tinh bột và đường bổ sung. Bệnh nhân xơ gan cần có thể hoá đánh giá dinh dưỡng và kế hoạch điều trị		
Tập luyện	Để cải thiện sức khỏe tim mạch, hỗ trợ giảm cân và giảm tình trạng thiếu cơ. Tập aerobic 30-60' (3-5 ngày/tuần) + tập kháng lực 20-30' (2-3 lần/tuần)		
Lượng rượu nạp vào	Tối thiểu	Tối thiểu	Tránh nếu F3 hoặc xơ gan (F4) ¹
Mục tiêu giảm cân để điều trị NAFLD* (nếu thừa cân hoặc béo phì)	Giảm cân tốt có liên quan tới tăng lợi ích trên gan và các bệnh tim mạch chuyển hóa		
Công cụ giảm cân	Tư vấn điều chỉnh hành vi	Cường độ giảm cân cao hơn để đảo ngược tình trạng viêm gan nhiễm mỡ và xơ gan.	Quản lý béo phì chuyển biệt, với một chương trình có cấu trúc, thuốc chống béo phì, phẫu thuật giảm cân
Liệu pháp dùng thuốc điều trị béo phì	Phentermine, Phentermine/topiramate ER, naltrexone/bupropion, orlistat, liraglutide 3 mg/ngày, semaglutide 2.4 mg/tuần	Ưu tiên GLP-1 RA cho NASH ^{3, 4}	Ưu tiên GLP-1 RA cho NASH ^{3, 4}
Phẫu thuật giảm cân	Cần nhắc điều trị béo phì và các bệnh mắc kèm	Cần nhắc mạnh để điều trị viêm gan nhiễm mỡ và xơ gan	Cần nhắc mạnh hơn để điều trị viêm gan nhiễm mỡ và xơ gan. Tránh xơ gan mất bù

*Chú thích

GLP-1 RA = chất chủ vận thụ thể peptide-1 giống Glucagon, HCC = Ung thư biểu mô tế bào gan, NASH = Viêm gan nhiễm mỡ không do rượu

- Những người bị xơ gan đã được xác nhận dựa trên sinh thiết hoặc khả năng cao dựa trên LSM > 13.6kPa từ siêu âm đàn hồi thông qua có kiểm soát rung (FibroScan®), ELF > 29.8 hoặc > 5.0 kPa trên MRE) nên tránh giảm sút HCC. Nên sàng lọc gián tiếp mạch nếu LSM > 20 kPa hoặc số lượng tiểu cầu là 150.000/mm³
- Những mục tiêu này chỉ nên được coi là một hướng dẫn chung. NAFLD/NASH cũng có thể cải thiện nhờ những thay đổi về hàm lượng chất dinh dưỡng đa lượng, tập thể dục và các yếu tố khác ngoài mức độ giảm cân. Tất cả các nghiên cứu chất lượng cao có sẵn giới hạn trong thời gian tối đa là 12 tháng
- Không có bằng chứng chất lượng cao về liệu pháp được lý ở những người bị xơ gan NASH. Việc điều trị nên được cá nhân hóa và chỉ được sử dụng thận trọng bởi các chuyên gia về gan
- Trong số các GLP-1 RAs, semaglutide có bằng chứng tốt nhất về lợi ích ở những người bị viêm gan nhiễm mỡ và xơ gan.

Phân tầng nguy cơ xơ hóa

	 Nguy cơ thấp FIB-4: <1.3 LSM < 8kPa ELF <7.7	 Nguy cơ chưa xác định FIB-4: 1.3-2.67 LSM 8-12kPa ELF 7.7 – 9.8	 Nguy cơ cao FIB-4: >2.67 LSM >12 kPa ELF > 9.8
Mục tiêu chung	Nếu có thể, kiểm soát tối ưu đường huyết bằng việc ưu tiên sử dụng các thuốc có khả năng đảo ngược viêm gan nhiễm mỡ. Ưu tiên GLP-1 RA và SGLT2i trong CVD. Ưu tiên SGLT2i trong CKD và HF		
Khuyến cáo chế độ ăn uống	Giảm lượng đường nạp vào cơ thể bằng việc ăn các loại tinh bột nguyên chất (rau, đậu, trái cây) thay vì tinh bột chế biến		
Cá thể hóa mục tiêu AC1	≤6.5% trên những bệnh nhân không có các bệnh mắc kèm nghiêm trọng và nguy cơ hạ đường huyết thấp (>6.5% cho các trường hợp còn lại)		Trong xơ gan tiến triển ¹ , thận trọng với nguy cơ hạ đường huyết và tránh sử dụng các thuốc đường uống ²
Phác đồ ưu tiên điều trị đái tháo đường	Cần nhắc sử dụng các loại thuốc làm giảm mỡ gan (pioglitazone, GLP-1 RA, SGLT2i)	Cần nhắc mạnh việc sử dụng các thuốc có hiệu quả trong NASH: Pioglitazone và/hoặc GLP-1 RA ³ . Không có bằng chứng cho thấy SGLT2i cải thiện viêm gan nhiễm mỡ	Cần nhắc các thuốc có hiệu quả trong NASH: Pioglitazone và/hoặc GLP-1RA ³ . Không có dữ liệu về hiệu quả trong xơ gan
Metformin, Sufonylurea, DPP-4i, Acarbose VÀ Insulin	Có thể tiếp tục sử dụng những lợi ích hạn chế trên mô học gan trong NAFLD		Có thể tiếp tục sử dụng (F2-F3) nhưng tránh sử dụng các thuốc đường uống trên bệnh nhân xơ gan tiến triển. Không thể tránh được việc sử dụng insulin trên những bệnh nhân này và đó thường là lựa chọn duy nhất

***Chú thích:**

CKD = Bệnh thận mãn tính, CVD = Bệnh tim mạch, DPP-4i = Dipeptidyl peptidase 4, GLP-1 RA = Chất chủ vận thụ thể glucagon-like peptide-1, HF = Suy tim, NASH = Viêm gan nhiễm mỡ không do rượu.

SGLT2i = Chất ức chế đồng vận chuyển natri-glucose-2

1. Xơ gan tiến triển được định nghĩa là người bị xơ gan dựa trên sinh thiết và phân loại Child B hoặc C có bằng chứng lâm sàng về các bệnh mắc kèm (giãn tĩnh mạch, tăng áp lực tĩnh mạch cửa, cổ trướng,...)

2. Dữ liệu hạn chế về thuốc uống trị đái tháo đường và GLP-1 RA ở những người bị xơ gan. Tránh metformin, GLP-1 RA có vẻ an toàn, ưu tiên dùng insulin. Tránh các thuốc đường uống trong xơ gan tiến triển

3. Trong số các GLP-1 RAs, semaglutide có bằng chứng tốt nhất về lợi ích ở những người bị viêm gan nhiễm mỡ và xơ hóa

Phân tầng nguy cơ xơ hóa

	 Nguy cơ thấp FIB-4: <1.3 LSM < 8kPa ELF <7.7	 Nguy cơ chưa xác định FIB-4: 1.3-2.67 LSM 8-12kPa ELF 7.7 – 9.8	 Nguy cơ cao¹ FIB-4: >2.67 LSM >12 kPa ELF > 9.8
Mục tiêu chung	Tối ưu hoá việc kiểm soát huyết áp và cải thiện sức khỏe tim mạch bằng cách sử dụng các thuốc ưu tiên, bắt đầu khi nào có thể. Đánh giá 3 tháng một lần và tăng cường điều trị cho đến khi đạt được mục tiêu.		
Mục tiêu (có thể hoá) ^{2,3,4}	HA tâm thu <130mmHg/ HA tâm trương <80 mmHg	HA tâm thu <130mmHg/ HA tâm trương <80 mmHg	HA tâm thu <130mmHg/ HA tâm trương <80 mmHg; Có thể hoá nếu xơ gan mất bù
Khuyến cáo chế độ ăn uống	ngoài các khuyến cáo chung về chế độ ăn uống, giảm lượng natri và tăng cường thực phẩm giàu kali (ví dụ: chế độ ăn kiêng DASH).		
Thuốc điều trị tăng huyết áp ⁵	Liệu pháp đầu tay: ACEIs và ARBs	Liệu pháp đầu tay: ACEIs và ARBs	Tương tự nhưng tránh ACEI hoặc ARB nếu xơ gan mất bù
Điều trị tăng cường	Lựa chọn thứ hai: CCB, BB ⁶ hoặc thuốc lợi tiểu thiazide (bổ sung khi cần thiết)		Tương tự nhưng có thể hóa nếu xơ gan mất bù. Thận trọng khi sử dụng thuốc lợi tiểu (nguy cơ lợi tiểu quá mức)
Lựa chọn hàng hai	Lựa chọn thuốc hạ HA bổ sung: thuốc chẹn alpha, thuốc tác động trung tâm, thuốc giãn mạch, thuốc kháng aldosterone		Tương tự nhưng có thể hóa nếu xơ gan mất bù

*Chú thích:

ACEI = Thuốc ức chế men chuyển. ARB = thuốc chẹn thụ thể angiotensin II, BB = thuốc chẹn beta, CCB = thuốc chẹn kênh canxi.

1. Xơ gan tiến triển được định nghĩa là những người bị xơ gan dựa trên sinh thiết và Child B hoặc C và bằng chứng lâm sàng về các bệnh đi kèm (giãn tĩnh mạch, tăng áp lực tĩnh mạch cửa, viêm cổ trướng, v.v.)

2. AACE khuyến cáo rằng việc kiểm soát huyết áp nên được cá thể hóa, nhưng mục tiêu 130/80 mmHg là phù hợp với hầu hết mọi người

3. Các mục tiêu ít nghiêm ngặt hơn có thể được xem xét cho những bệnh nhân có thể trạng yếu với các bệnh kèm theo phức tạp hoặc những bệnh nhân chịu tác dụng phụ của thuốc

4. Nên xem xét các mục tiêu cao hơn (ví dụ: <120/80 mmHg) đối với một số người nếu mục tiêu này có thể đạt được một cách an toàn mà không có tác dụng phụ của thuốc

5. Nếu HA ban đầu >150/100 mmHg bắt đầu với liệu pháp kép (ACE hoặc ARB + CCB, BB hoặc lợi tiểu thiazide).

6. Ưu tiên thuốc chẹn beta tác động đến cân nặng mức độ trung bình: carvedilol, nebivolol

Mức nguy cơ lipid tương tự nhau khi có NAFLD hoặc NASH

Mục tiêu chung	Cần điều trị tích cực sớm rối loạn lipid máu để giảm nguy cơ tim mạch Tăng cường điều trị cho đến khi đạt được mục tiêu lipid		
Khuyến cáo chế độ ăn uống	Tăng lượng chất xơ (>25 g/ngày), ưu tiên rau củ, trái cây nguyên hạt, các loại hạt, giảm chất béo bão hòa và đường bổ sung (ví dụ: chế độ ăn Địa Trung Hải)		
Mức nguy cơ lipid	Nguy cơ CV cao¹ ≥2 yếu tố nguy cơ và nguy cơ trong 10 năm từ 10-20% Bệnh ĐTD hoặc CKD ≥3 không có yếu tố nguy cơ nào khác	Nguy cơ CV rất cao¹ Đã có CVD hoặc nguy cơ trong 10 năm >20% ĐTD với >1 yếu tố nguy cơ, CKD ≥3, HeFH	Nguy cơ CV cực cao¹ CVD tiến triển CVD + ĐTD hoặc CKD ≥3 hoặc HeFH Tiền sử gia đình có CVD sớm (nam <55 tuổi, nữ <65 tuổi)
Mục tiêu LDL-C (mg/dL)	<100	<70	<55
Mục tiêu non-HDL-C (mg/dL)	<130	<100	<80
Mục tiêu triglycerid (mg/dL)	<150	<150	<150
Mục tiêu Apo B (mg/dL)	<90	<80	<70
Thuốc đầu tay: Statin	Sử dụng statin ² cường độ trung bình đến cao, trừ khi có chống chỉ định Statin an toàn trong NAFLD hoặc NASH nhưng không sử dụng trong xơ gan mất bù (Child C)		
Nếu LDL-C không đạt mục tiêu ³ : Tăng cường điều trị bằng statin	Sử dụng statin liều cao hơn hoặc hiệu lực cao hơn		
Nếu LDL-C không đạt mục tiêu (hoặc không dung nạp statin) ⁴ : Thêm thuốc thứ 2, sau đó thêm thuốc thứ 3	Ezetimibe, chất ức chế PCSK9, acid bempedoic, colesvelam, inclisiran		
Nếu triglycerid >500 mg/dL	Fibrate, Rx grade omega 3 FA, icosapent ethyl (nếu mắc bệnh ĐTD, tối ưu hóa việc kiểm soát đường huyết và cân nhắc sử dụng pioglitazone) ⁵		
Nếu TG 135-499 mg/dL với liều statin tối đa	Nhấn mạnh chế độ ăn uống (như trên)	Thêm icosapent ethyl ⁶	Thêm icosapent ethyl ⁶

Chú thích:

Chú viết tắt: CKD = Bệnh thận mạn tính, CVD = bệnh tim mạch, FA = Acid béo, HeFH = Tổng cholesterol máu gia đình dị hợp tử, HTN = Tăng huyết áp, Rx = Táo thuốc

1. Các yếu tố nguy cơ chính: 40 tuổi DM, HTN, PHx mắc bệnh CVD sớm, thấp HDL-C, tăng LDL-C, hút thuốc, CKD 3,4.

2. Liều pháp statin cường độ cao: rosuvastatin 20, 40 mg/ngày, atorvastatin 40, 80 mg/ngày.

3. Các chất điều chỉnh lipid khác nên được sử dụng kết hợp với statin dung nạp tối đa nếu không đạt được mục tiêu: ezetimibe, chất ức chế PCSK9, acid bempedoic, colesvelam hoặc inclisiran.

4. Đánh giá mức độ đầy đủ và khả năng chịu đựng của liệu pháp bằng các đánh giá tập trung trong phòng thí nghiệm và theo dõi bệnh nhân.

5. Niacin có thể làm giảm chất béo trung tính nhưng không làm giảm bệnh tim mạch và làm nghiêm trọng thêm tình trạng không insulin. Nó có thể làm tăng đường huyết ở những người có nguy cơ cao mắc bệnh ĐTD.

6. Icosapent ethyl 4g/ngày được khuyến cáo như một liệu pháp hỗ trợ cho liệu pháp statin được dung nạp tối đa để giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch ở những người có nguy cơ cao.

QUẢN LÝ BỆNH GAN MẠN TÍNH
DỰA TRÊN
CÔNG CỤ Y HỌC GIA ĐÌNH



THANK YOU

For Your Attention