

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN C MẠN

TS.BSCK2. Trần Thị Khánh Tường
ĐHYK Phạm Ngọc Thạch



NỘI DUNG

1. Nhắc lại

- Diễn tiến tự nhiên của nhiễm HCV
- Biểu hiện lâm sàng và CLS

2. Quy trình chẩn đoán

3. Điều trị chung

3. Điều trị VGC mạn

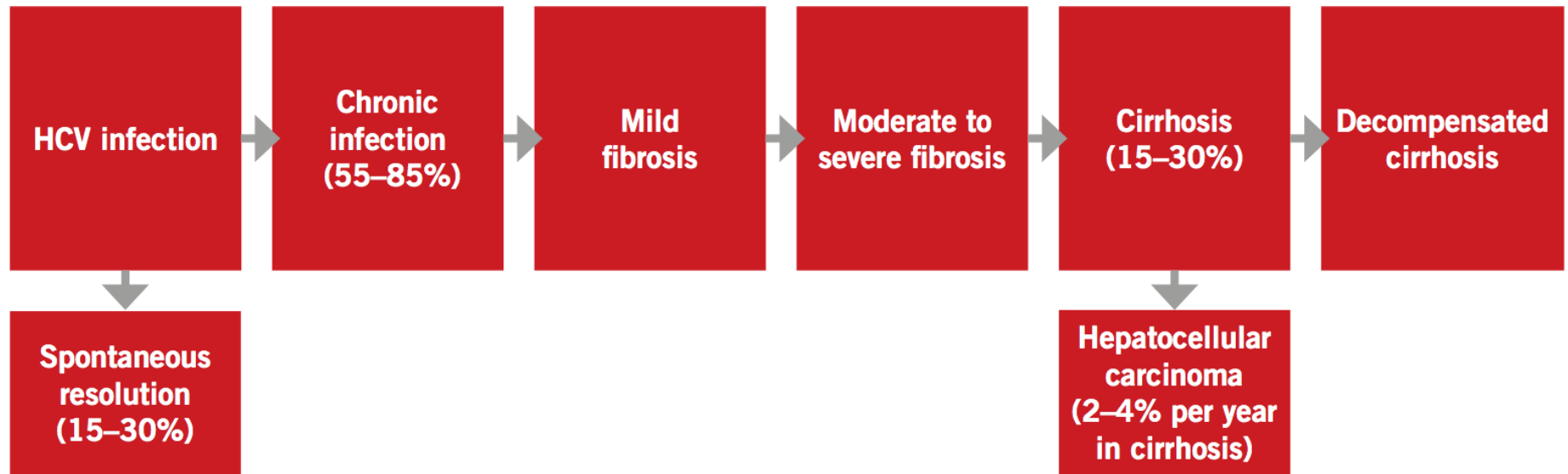
- Mục tiêu điều trị
- Ai và khi nào điều trị ?
- Điều trị như thế nào ?
- Một số đối tượng đặc biệt

NHẮC LẠI



DIỄN TIẾN TỰ NHIÊN CỦA NHIỄM HCV

FIGURE 2.2 Natural history of HCV infection





BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

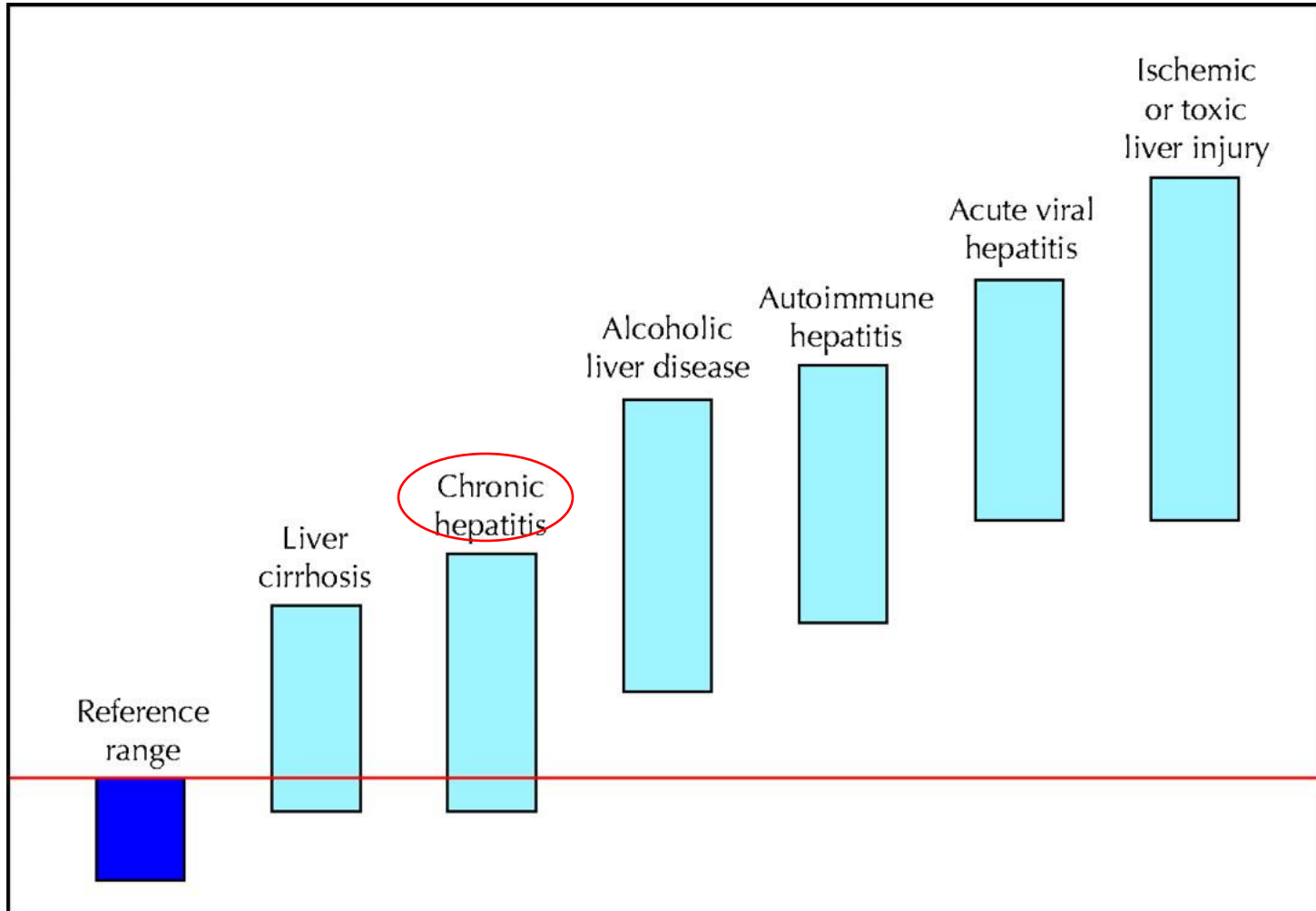
- Hầu hết không có triệu chứng
- Triệu chứng thường gặp là
 - Mệt mỏi, chán ăn
 - Ngoài ra có thể gặp các triệu chứng: buồn nôn, đau cơ, đau khớp...
- Khám
 - Đa số bình thường
 - Dấu hiệu của bệnh lý gan mạn, tăng áp TMC khi diễn tiến đến xơ gan



BIỂU HIỆN CẬN LÂM SÀNG

- Bilirubin : đa số bình thường
- ALP, GGT có thể tăng
- Albumin giảm, INR tăng khi suy gan
- AST/ALT
 - Bình thường : $ALT > AST \rightarrow AST/ALT < 1$
 - $AST/ALT > 1$: xơ gan, gan rượu, tổn thương gan do TMCB (92%), do 1 số thuốc / độc tố
 - $AST/ALT < 1$: VG do vi rút, NASH và các NN khác.
 - VG mạn : **ALT, AST tăng < 10 lần (thường < 300 U/l)**
 - VG mạn do HCV: hầu như không có đợt bùng phát

Serum aminotransferase levels in various liver disease



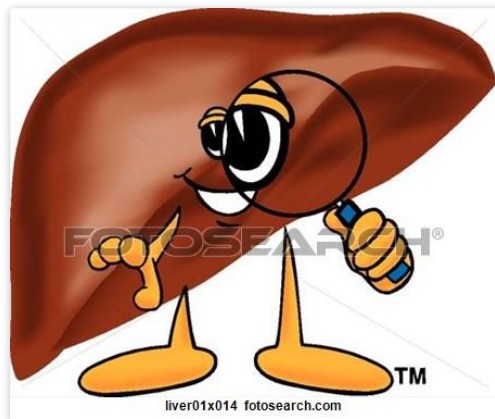


Dấu ấn virus

	Viêm gan C cấp	Viêm gan C mạn	Nhiễm HCV trước đây*
Anti-HCV	+	+	+
HCV-RNA	+	+	-

*Có thể lành tự phát hay sau điều trị

QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN





QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN

▪ **Anti HCV**

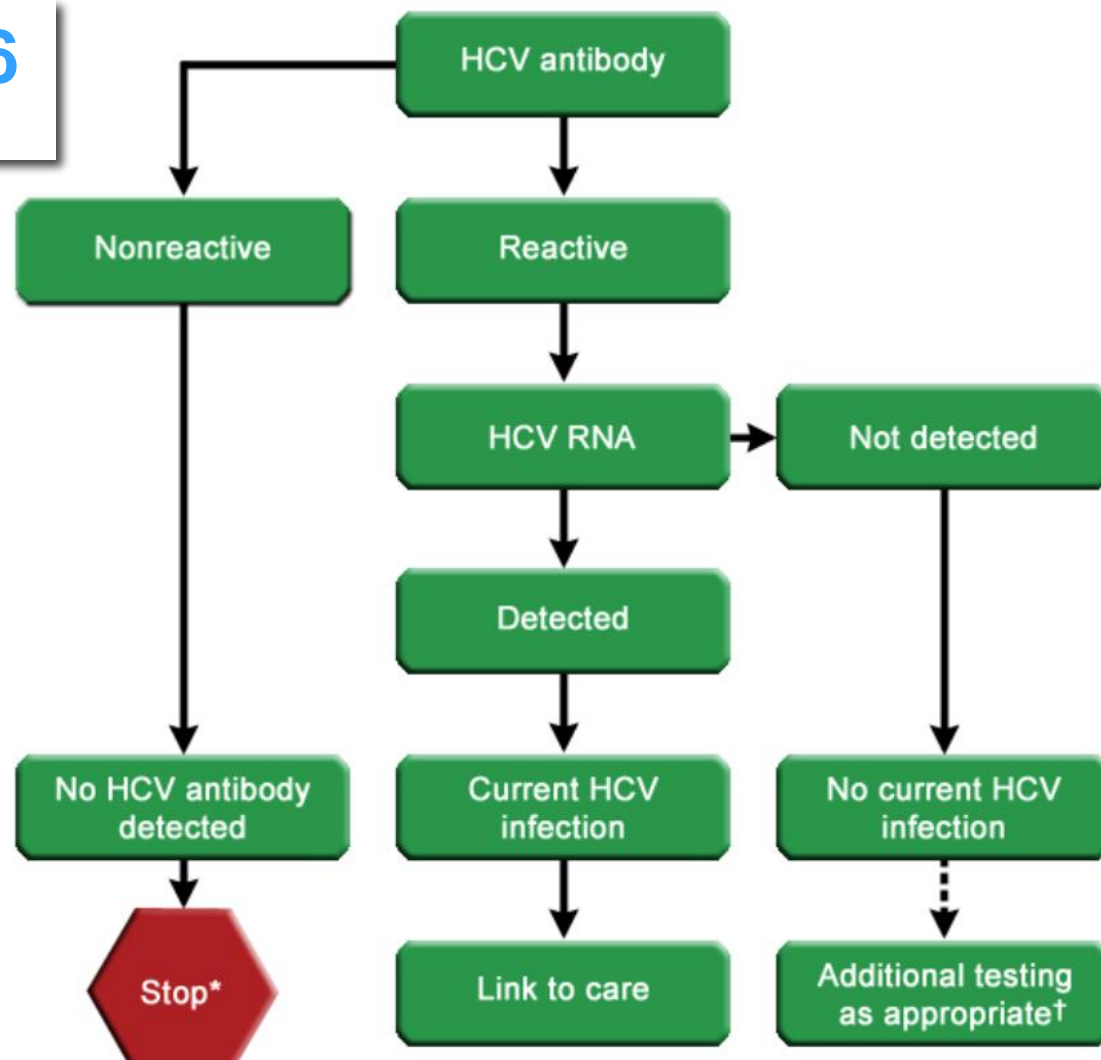
- ✓ XN MD men (EIAs: enzyme immunoassays)
FDA chấp thuận: Abbott HCV EIA 2.0; ORTHOHCV
- ✓ Độ nhạy của EIA-3: 97% phát hiện anti HCV sau nhiễm 6-8 tuần

▪ **HCV RNA: định lượng bằng PCR**

- ✓ PCR real-time: có thể phát hiện ngưỡng 10-50 IU/ml
- ✓ Nên chọn cùng 1 nơi XN, cùng 1 pp trong quá trình td BN
- ✓ Anti HCV (+), HCV RNA (-) → nên lập lại HCV RNA sau 3 tháng để xác định đã hồi phục

▪ **Genotype: có 6 genotype**

▪ **Đánh giá xơ hóa gan: APRI, Fibroscan...**



* For persons who might have been exposed to HCV within the past 6 months, testing for HCV RNA or follow-up testing for HCV antibody should be performed. For persons who are immunocompromised, testing for HCV RNA should be performed.

† To differentiate past, resolved HCV infection from biologic false positivity for HCV antibody, testing with another HCV antibody assay can be considered. Repeat HCV RNA testing if the person tested is suspected to have had HCV exposure within the past 6 months or has clinical evidence of HCV disease, or if there is concern regarding the handling or storage of the test specimen.

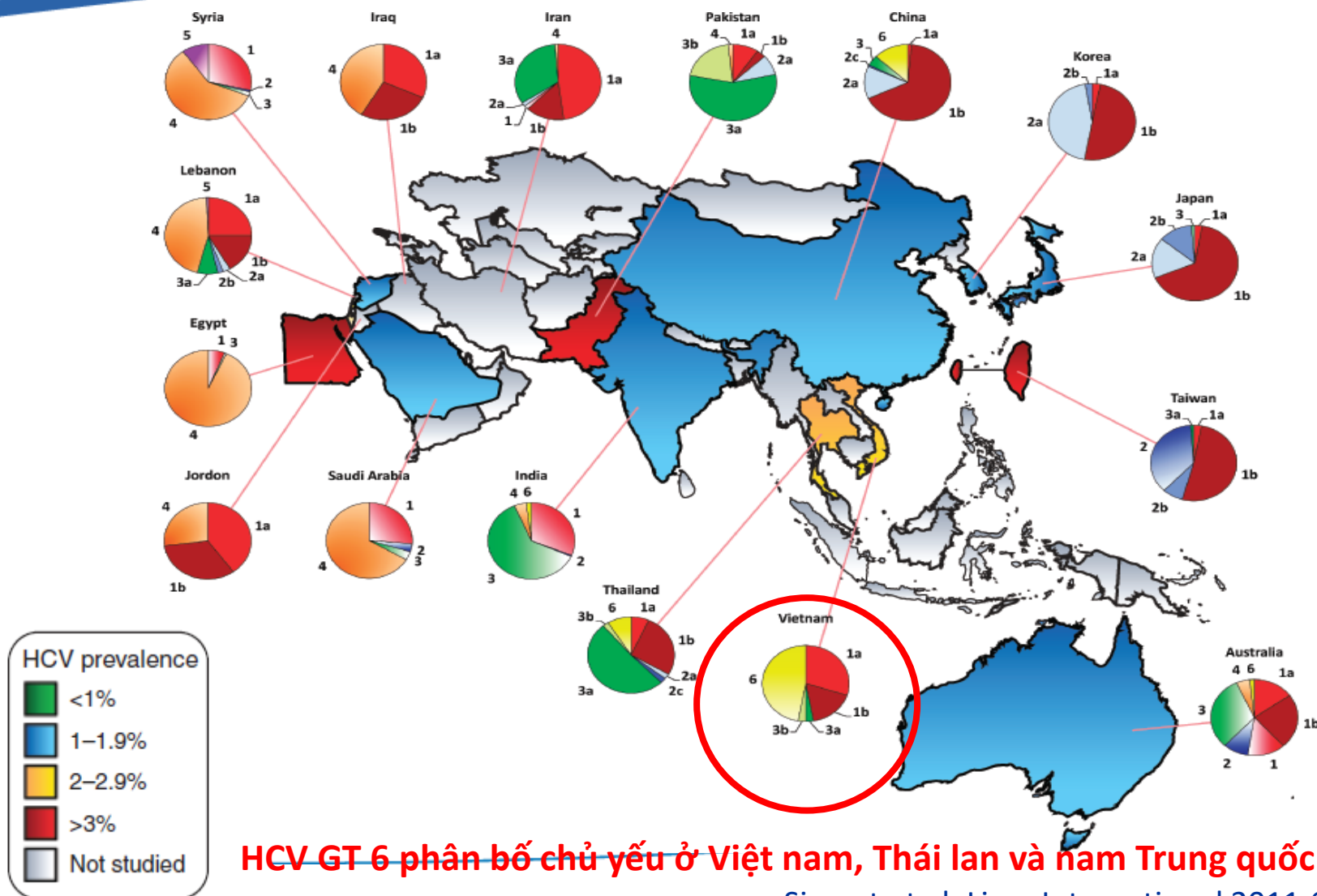


Testing and Linkage to Care Table 1. FDA-approved, Commercially Available Anti-HCV Screening Assays

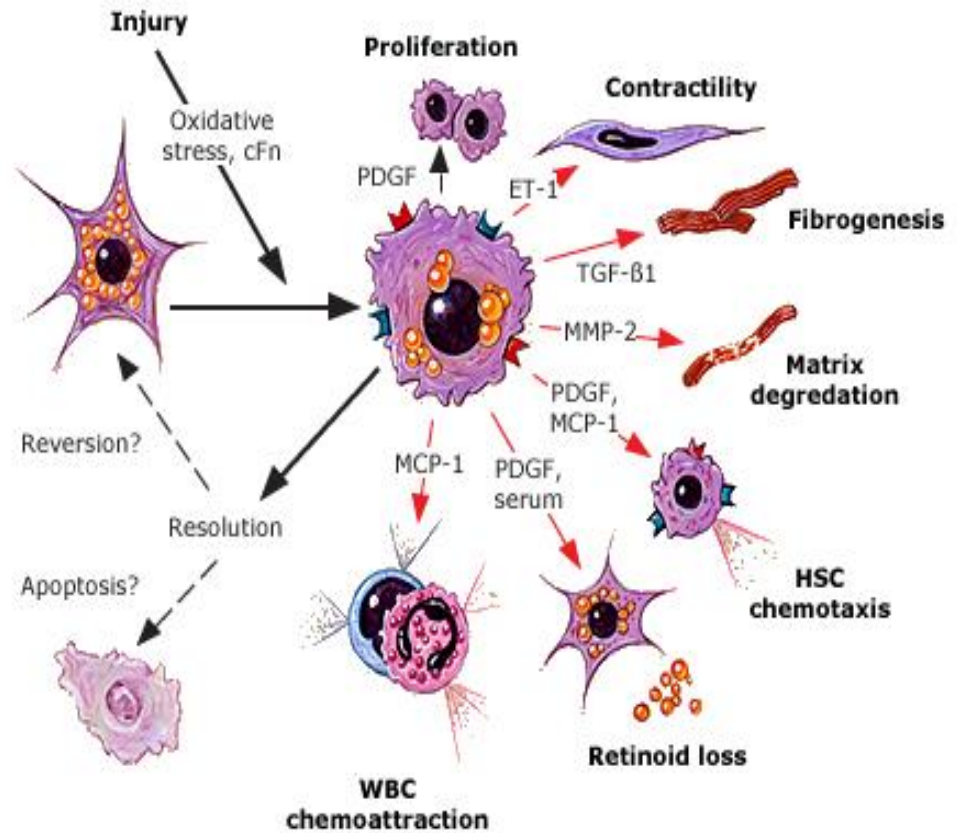
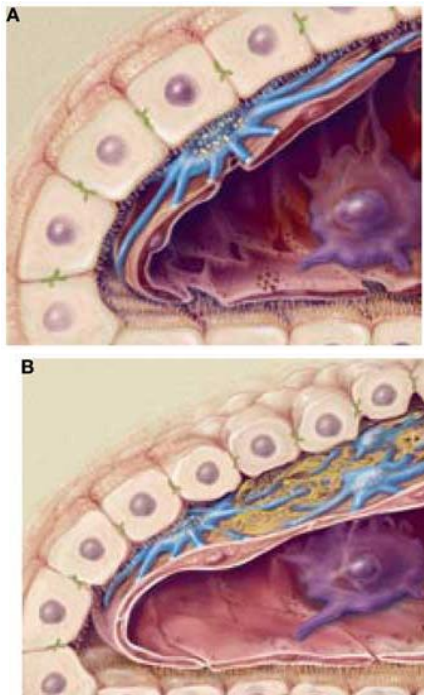
Assay	Manufacturer	Format
Abbott HCV EIA 2.0	Abbott Laboratories, Abbott Park, IL, USA	EIA (Manual)
Advia Centaur HCV	Siemens, Malvern, PA, USA	CIA (Automated)
ARCHITECT Anti-HCV	Abbott Laboratories, Abbott Park, IL, USA	CMIA (Automated)
AxSYM Anti-HCV	Abbott Laboratories, Abbott Park, IL, USA	MEIA (Automated)
OraQuick HCV Rapid Antibody Test	OraSure Technologies, Inc, Bethlehem, PA, USA	Immunochromatographic (Manual)
Ortho HCV Version 3.0 EIA	Ortho	EIA (Manual)
VITROS Anti-HCV	Ortho	CIA (Automated)

Anti-HCV = HCV antibody; EIA = enzyme immunoassay; CIA = chemiluminescent immunoassay; MEIA = microparticle enzyme immunoassay; CMIA = chemiluminescent microparticle immunoassay

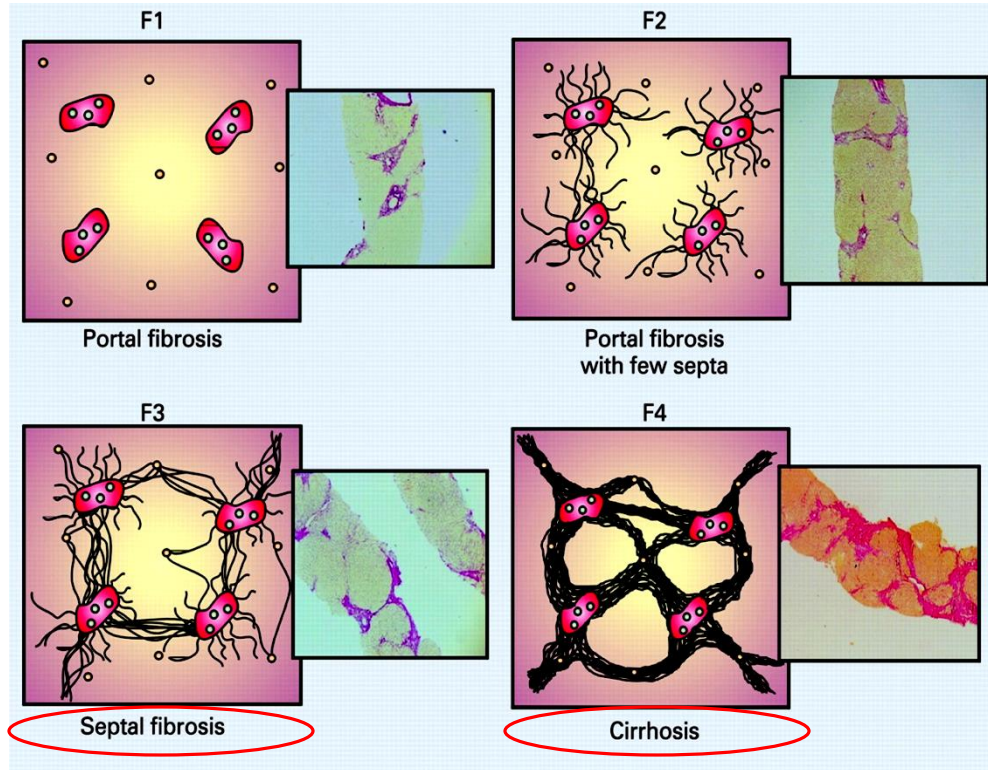
Tần suất nhiễm HCV và phân bố genotype ở châu Á



Xơ hóa gan



Giai đoạn và mức độ xơ hóa gan



Xơ hóa nhẹ: F0-1

Xơ hóa đáng kể: \geq F2

Xơ hóa nặng: \geq F3

Xơ gan: F4



Existing recommendation from 2014

In resource-limited settings, it is suggested that aminotransferase/platelet ratio index (APRI) or FIB-4 be used for the assessment of hepatic fibrosis rather than other non-invasive tests that require more resources such as elastography or FibroTest.

Conditional recommendation, low quality of evidence

Note: This recommendation was formulated assuming that liver biopsy was not a feasible option. FibroScan®, which is more accurate than APRI and FIB-4, may be preferable in settings where the equipment is available and the cost of the test is not a barrier to testing.



2016

Recommendations for Pretreatment Assessment

- **Evaluation for advanced fibrosis using liver biopsy, imaging, and/or noninvasive markers is recommended for all persons with HCV infection, to facilitate an appropriate decision regarding HCV treatment strategy and to determine the need for initiating additional measures for the management of cirrhosis (eg, hepatocellular carcinoma screening). (see [HCV Testing and Linkage to Care](#))**

Rating: Class I, Level A



GIÁ TRỊ CÁC PP ĐÁNH GIÁ XƠ HÓA GAN

		APRI (low cut-off)	APRI (high cut-off)	FIB-4 (low cut-off)	FIB-4 (high cut-off)	Transient elastography
Significant fibrosis (METAVIR \geq F2)	Sensitivity (95% CI)	82 (77–86)	39 (32–47)	89 (79–95)	59 (43–73)	79 (74–84)
	Specificity (95% CI)	57 (49–65)	92 (89–94)	42 (25–61)	74 (56–87)	83 (77–88)
Cirrhosis (METAVIR F4)	Sensitivity 95% CI)	77 (73–81)	48 (41–56)	–	–	89 (84–92)
	Specificity (95% CI)	78 (74–81)	94 (91–95)	–	–	91 (89–93)




FibroScan[®]
.....
AND ITS DEDICATED PROBES



S



M

New



XL

KHÔNG THỰC HIỆN TRÊN BN BÀNG BỤNG
BN CÓ BMI > 30 → ĐẦU DÒ XL



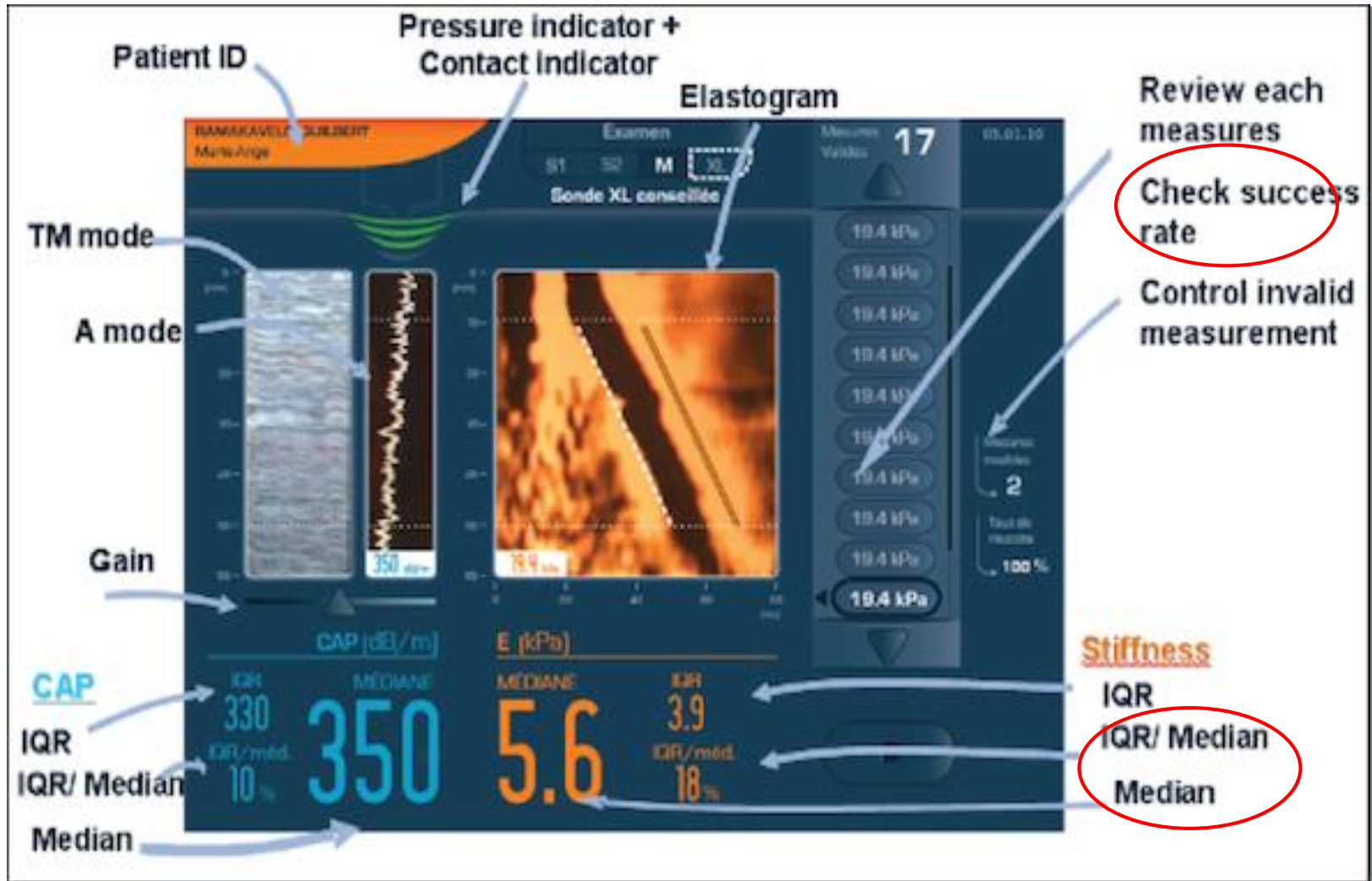
Fibroscan



Reliable liver stiffness measurement

- IQR/med <30%
- Success rate > 60%

Fibroscan



ĐỘ NHIỄM MỠ - CAP

CAP Tối thiểu = 100 dB/m

CAP Tối đa = 400 dB/m

Sai số = ± 5 dB/m

CTY TNHH Y TẾ HÒA HẢO
(PHÒNG KHÁM ĐA KHOA) MEDIC HCM

254 Hòa Hảo, Phường 4, Quận 10, TPHCM

ĐT: 84.8.39270284 – Fax : 39272543

Email: ttmedic@hcm.vnn.vn – Web: www.medic.com.vn



Nguồn: Beaugrand et al. Ultrasound Med Biol 2011

Mức độ nhiễm mỡ	Tỉ lệ tế bào gan nhiễm mỡ	CAP (dB/m)	Nhận xét
S0	0%		
S1	1-10%	$100 \geq 237.7$	Bình thường
S2	11-30%	$237.7 \geq 259.4$	Nhiễm mỡ nhẹ
S3	31-60%	$259.4 \geq 292.3$	Nhiễm mỡ vừa
S4	61-100%	$292.3 \geq 400$	Nhiễm mỡ nhiều



CHỈ SỐ APRI

APRI= [(AST / ULN AST) x 100] / tiểu cầu (10⁹/l)

ULN (upper limit of normal): giới hạn bình thường trên của phòng xét nghiệm (thường là 40 IU/ml cho AST)

VD: AST 68 IU/ml, tiểu cầu 90.000/ μ l, ULN của AST tại phòng XN của BV ĐHYD là 40 IU/ml

APRI= 68/40x100/90= 1,89



TABLE 6.4 Low and high cut-off values for the detection of significant fibrosis and cirrhosis

	APRI (low cut-off)	APRI (high cut-off)	FIB-4 (low cut-off)	FIB-4 (high cut-off)	Transient elastography (FibroScan®)
Significant fibrosis (METAVIR ≥F2)	0.5	1.5	1.45	3.25	7–8.5 kPa
Cirrhosis (METAVIR F4)	1.0	2.0	-	-	11–14 kPa

APRI: aminotransferase/platelet ratio index; kPa: kilopascal

$$\text{APRI} = [(\text{AST (IU/L)} / \text{AST}_{\text{ULN}} \text{ (IU/L)}) \times 100] / \text{platelet count (} 10^9/\text{L)}$$

$$\text{FIB-4} = \text{age (yr)} \times \text{AST (IU/L)} / \text{platelet count (} 10^9/\text{L)} \times [\text{ALT (IU/L)}]^{1/2}$$

ALT: alanine aminotransferase; AST: aspartate aminotransferase; IU: international unit; ULN: upper limit of normal

Table 3. Summary Sensitivities and Specificities of the APRI at Various Diagnostic Thresholds for Prediction of Significant Fibrosis, Severe Fibrosis and Cirrhosis

Test Threshold	Number of Studies (Patients)	Summary Sensitivity (95% CI)	Summary Specificity (95% CI)
Significant Fibrosis			
0.4	5 (836)	0.88 (0.84-0.92)	0.54 (0.50-0.58)
0.5	23 (4,595)	0.74 (0.73-0.76)	0.49 (0.47-0.51)
0.6	3 (531)	0.76 (0.71-0.81)	0.60 (0.54-0.66)
0.7	4 (609)	0.77 (0.72-0.81)	0.72 (0.66-0.77)
1	3 (821)	0.62 (0.58-0.66)	0.45 (0.40-0.51)
1.2	3 (571)	0.48 (0.42-0.54)	0.89 (0.85-0.93)
1.5	23 (4,502)	0.37 (0.35-0.39)	0.93 (0.91-0.94)
<0.5	11 (2,052)	0.89 (0.86-0.91)	0.50 (0.47-0.53)
0.6-1.0	13 (2,424)	0.68 (0.65-0.71)	0.67 (0.65-0.70)
1.1-1.4	6 (1,048)	0.46 (0.42-0.51)	0.89 (0.86-0.91)
>1.5	4 (862)	0.27 (0.23-0.31)	0.95 (0.92-0.97)
Severe Fibrosis			
0.5	5 (1,484)	0.60 (0.55-0.64)	0.43 (0.40-0.46)
1	6 (2,111)	0.61 (0.57-0.65)	0.64 (0.61-0.66)
1.5	4 (1,125)	0.50 (0.44-0.55)	0.87 (0.84-0.89)
2	5 (1,908)	0.36 (0.32-0.40)	0.93 (0.91-0.94)
Cirrhosis			
1	13 (2,636)	0.76 (0.71-0.80)	0.72 (0.70-0.74)
2	11 (2,429)	0.46 (0.41-0.51)	0.91 (0.90-0.93)

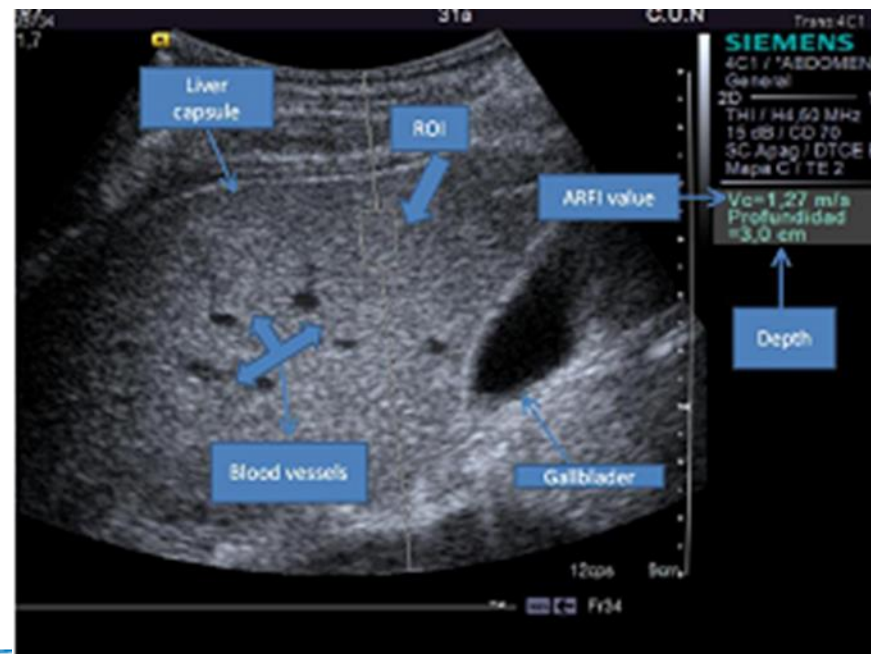
- < 0,5 : F0,F1
- 0,5 - < 1,0 : F2
- 1,0 - < 2,0 : F3, F4
- > 2,0 : F4

Hạn chế chung của các chỉ điểm sinh học

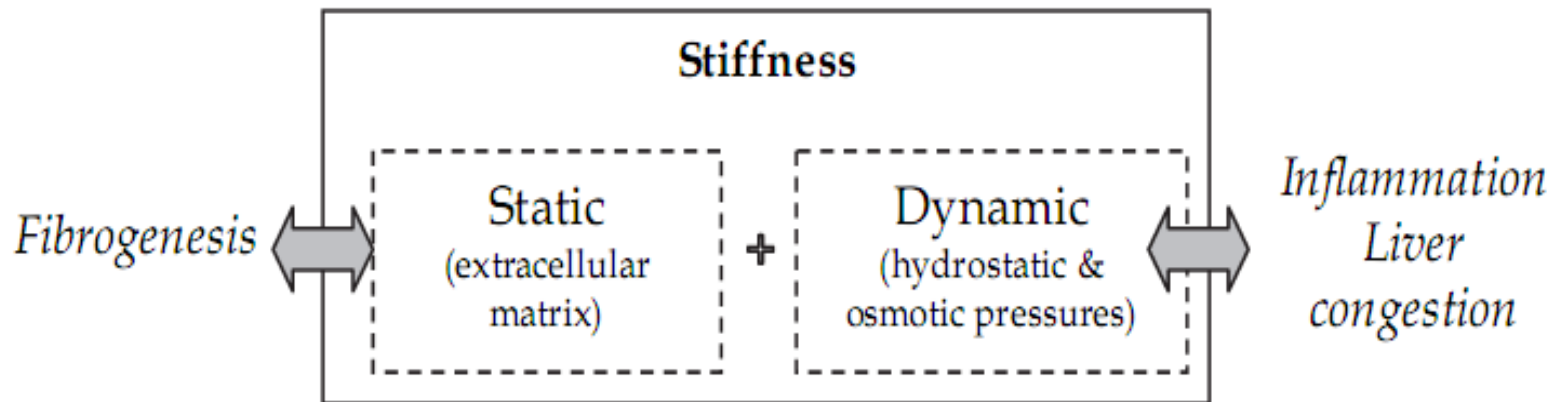
- Không tin cậy lắm trong việc phân biệt giữa các giai đoạn xơ hóa khác nhau;
- Kém nhạy ở các giai đoạn xơ hóa sớm;
- Không chuyên biệt cho gan → bị ảnh hưởng khi có tình trạng viêm, xơ hóa các tạng ngoài gan và bị ảnh hưởng bởi tốc độ thải trừ khi suy thận, suy gan hay ứ mật.
- APRI không chính xác trên BN bị viêm gan rượu



KỸ THUẬT ARFI



Các yếu tố ảnh hưởng đến độ cứng gan



ĐỘ CỨNG CỦA GAN CÓ THỂ BỊ ẢNH HƯỞNG ĐÁNG KỂ:

- Tình trạng viêm hoại tử tế bào gan (lưu ý VG cấp, đợt cấp của VGM, ALT > x 5 ULN)
- Gan sung huyết trong suy tim
- Úr mật
- Béo phì
- Sau ăn
- Sử dụng β -blocker



ĐIỀU TRỊ





ĐIỀU TRỊ CHUNG

● Xét nghiệm

- ▶ HIV, HBV, HAV

● Tư vấn

- ▶ Đường lây truyền
- ▶ Ngưng rượu, thuốc lá, giảm cân đv BN béo phì → xơ hóa gan
- ▶ Tâm lý

● Chế độ ăn

- ▶ Không đặc biệt
- ▶ Cà phê

● Điều chỉnh liều thuốc

- ▶ Giảm đau: Acetaminophen, NSAID
- ▶ Statin

● Chích ngừa: HBV, HAV

1. MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ

- Goal: Loại trừ hoàn toàn virus viêm gan C để ngăn ngừa xơ gan, xơ gan mất bù, HCC biểu hiện ngoài gan nặng và tử vong (A1).
- Endpoint: HCV RNA không phát hiện được bằng phương pháp PCR nhạy cảm (≤ 15 IU/ml) sau ngưng điều trị 12 tuần (SVR12) và 24 tuần (SVR 24) (A1)



2. AI VÀ KHI NÀO ĐIỀU TRỊ ?

- **Tất cả BN chưa ĐT hay đã ĐT thất bại bị bệnh gan còn bù hay mất bù do HCV nên được ĐT bất chấp giai đoạn xơ hoá (A1)**
- **Ưu tiên hàng đầu với BN bị xơ hóa nặng (F3, F4), ưu tiên cao với xơ hóa TB (F2) (recommendation A1)**
- **BN có mức độ xơ hóa nhẹ: chỉ định và thời điểm ĐT tùy theo từng BN (recommendation B1)**



Recommendations for When and in Whom to Initiate Treatment

- **Treatment is recommended for all patients with chronic HCV infection, except those with short life expectancies that cannot be remediated by treating HCV, by transplantation, or by other directed therapy. Patients with short life expectancies owing to liver disease should be managed in consultation with an expert.**

Rating: Class I, Level A

2016 AASLD/IDSA. HCV Management. <http://www.hcvguidelines.org>



4. ĐIỀU TRỊ NHƯ THẾ NÀO ?

- **GUIDELINE EASL 2015**
- **GUIDELINE AASLD – IDSA 2016**
- **GUIDELINE WHO 2016**
- **BỘ Y TẾ VN 2016**



World Health
Organization

GUIDELINES FOR THE SCREENING, CARE AND TREATMENT OF PERSONS WITH CHRONIC HEPATITIS C INFECTION

UPDATED VERSION
APRIL 2016

GUIDELINES

Summary of recommended preferred regimens with treatment durations*

Persons without cirrhosis

	Daclatasvir/ sofosbuvir	Ledipasvir/ sofosbuvir	Sofosbuvir/ ribavirin
Genotype 1	12 weeks	12 weeks ^a	
Genotype 2			12 weeks
Genotype 3	12 weeks		24 weeks
Genotype 4	12 weeks	12 weeks	
Genotype 5		12 weeks	
Genotype 6		12 weeks	

Persons with cirrhosis

	Daclatasvir/ sofosbuvir	Daclatasvir/ sofosbuvir/ ribavirin	Ledipasvir/ sofosbuvir	Ledipasvir/ sofosbuvir / ribavirin	Sofosbuvir/ ribavirin
Genotype 1	24 weeks	12 weeks	24 weeks	12 weeks ^b	
Genotype 2					16 weeks
Genotype 3		24 weeks			
Genotype 4	24 weeks	12 weeks	24 weeks	12 weeks ^b	
Genotype 5			24 weeks	12 weeks ^b	
Genotype 6			24 weeks	12 weeks ^b	



Summary of recommended alternative regimens with treatment durations*

Persons without cirrhosis

	Simeprevir/ sofosbuvir	Daclatasvir/ sofosbuvir	Ombitasvir/ paritaprevir/ ritonavir/ dasabuvir	Ombitasvir/ paritaprevir/ ritonavir/ ribavirin	Sofosbuvir/ pegylated interferon/ ribavirin
Genotype 1	12 weeks ^a		12 weeks ^b		
Genotype 2		12 weeks			
Genotype 3					
Genotype 4	12 weeks			12 weeks	
Genotype 5					12 weeks
Genotype 6					12 weeks

Persons with cirrhosis

Can be prescribed to persons with compensated or decompensated cirrhosis

These regimens should be prescribed only to persons with compensated cirrhosis because they can cause liver failure and death when prescribed to persons with decompensated cirrhosis. Therefore, they should be used only in settings where specialized care is available and where the degree of cirrhosis (compensated vs decompensated) can accurately be assessed.

	Daclatasvir/ sofosbuvir	Simeprevir/ sofosbuvir	Simeprevir/ sofosbuvir/ ribavirin	Ombitasvir/ paritaprevir/ ritonavir/ dasabuvir	Ombitasvir/ paritaprevir/ ritonavir/ ribavirin	Sofosbuvir/ pegylated interferon/ ribavirin
Genotype 1		24 weeks ^a	12 weeks ^a	24 weeks ^b		
Genotype 2	12 weeks					
Genotype 3						12 weeks
Genotype 4		24 weeks	12 weeks ^a		24 weeks	
Genotype 5						12 weeks
Genotype 6						12 weeks

* Treatment durations are adapted from 2015 AASLD and EASL guidelines.

^a If genotype 1a-infected patient is positive for the Q80K variant, a simeprevir/sofosbuvir regimen should not be chosen.

^b For genotype 1a-infected patients, treat with ombitasvir/paritaprevir/ritonavir/dasabuvir and ribavirin for 24 weeks; for genotype 1b-infected patients, treat with ombitasvir/paritaprevir/ritonavir/dasabuvir and ribavirin for 12 weeks.



Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C

Downloaded from <http://www.hcvguidelines.org>

Visit the HCV Guidance website to access the most up-to-date version

Updated: February 24, 2016. Changes made: April 25, 2016.

Recommended and *Alternative* Regimens for GT1 Without Cirrhosis

Population	Nucleotide			No nucleotide	
	LDV/SO F	DCV + SOF	SMV + SOF	GZR/EBR	OBV/PTV/RT V + DSV
GT1a	12 wks	12 wks	12 wks	12 wks <i>16 wks + RBV†</i>	12 wks + RBV
GT1b	12 wks	12 wks	12 wks	12 wks	12 wks

†If NS5A RAVs present.

Recommended and *Alternative* Regimens for GT1 With Compensated Cirrhosis

Population	Nucleotide			No nucleotide	
	LDV/SOF	DCV + SOF	SMV + SOF	GZR/EBR	OBV/PTV/RTV + DSV
GT1a					
▪Naive	12 wks	24 wks ± RBV	24 wks ± RBV*	12 wks 16 wks + RBV [†]	24 wks + RBV
▪PR exp	12 wks + RBV or 24 wks	24 wks ± RBV	24 wks ± RBV*	12 wks 16 wks + RBV [†]	24 wks + RBV
GT1b					
▪Naive	12 wks	24 wks ± RBV	24 wks ± RBV	12 wks	12 wks
▪PR exp	12 wks + RBV or 24 wks	24 wks ± RBV	24 wks ± RBV	12 wks	12 wks

*Not with Q80K.

†If NS5A RAVs present.

■ Recommended

■ *Alternative*

AASLD/IDSA Guideline Recommendations: Genotype 2 HCV

Pt Subgroup ^[1]	SOF + RBV	SOF + DCV	SOF + PegIFN/RBV
Treatment naive or pegIFN/RBV failures	Recommended No cirrhosis: 12 wks Cirrhosis: 16-24 wks	Recommended if RBV ineligible No cirrhosis: 12 wks Cirrhosis: 16-24 wks	Alternative for pegIFN/RBV failures with cirrhosis 12 wks
SOF + RBV failures*	--	Recommended ± cirrhosis ± RBV 24 wks [†]	Recommended if IFN eligible ± cirrhosis 12 wks [†]

*Limited data for genotype 2 SOF failures. †Level C: consensus opinion of experts, case studies, or standard of care.

- **Recombinant GT2k/1b HCV observed in 15% of pts in analysis of 279 pts in Germany, Israel, and Italy^[2]**
 - ▶ SOF + RBV appears less effective for these pts; pts may benefit from GT1b Tx

AASLD/IDSA Guideline Recommendations: Genotypes 5 and 6 HCV

Pt Subgroup	SOF/LDV	SOF + PegIFN/RBV
Treatment naive, ± cirrhosis	Recommended 12 wks	Alternative if IFN eligible 12 wks
PegIFN/RBV failures, ± cirrhosis	Recommended 12 wks	Alternative if IFN eligible 12 wks



18/07/2018

Bảng 2. Phác đồ điều trị viêm gan vi rút C mạn trên người bệnh không xơ gan

Kiểu gen	SOF/LDV	SOF + DCV	SOF +RBV	GZR/EBR	SOF/VEL	SMV + SOF	PTV/OBV /r + DSV	PTV/OBV /r	PegIFN + RBV+SOF
1a	12 tuần	12 tuần	Không	12 tuần	12 tuần	12 tuần	12 tuần (+RBV)	Không	12 tuần
1b	12 tuần	12 tuần	Không	12 tuần	12 tuần	12 tuần	12 tuần	Không	12 tuần
2	Không	12 tuần	12 tuần	Không	12 tuần	Không	Không	Không	12 tuần
3	Không	12 tuần	24 tuần	Không	12 tuần	Không	Không	Không	12 tuần
4	12 tuần	12 tuần	Không	12 tuần	12 tuần	12 tuần	Không	12 tuần (+RBV)	12 tuần
5,6	12 tuần	12 tuần	Không	Không	12 tuần	Không	Không	Không	12 tuần

Bảng 3. Phác đồ điều trị viêm gan vi rút C mạn trên người bệnh xơ gan còn bù (Child Pugh A)

Kiểu gen	SOF/LDV	SOF + DCV	SOF +RBV	GZR/EBR	SOF/VEL	SMV + SOF	PTV/OBV/r + DSV	PTV/OBV/r	PegIFN + RBV+SOF
1a	24 tuần hoặc 12 tuần ⁽⁺⁾ (+RBV)	24 tuần hoặc 12 tuần (+RBV)	Không	12 tuần	12 tuần	24 tuần hoặc 12 tuần (+RBV)	24 tuần (+RBV)	Không	12 tuần
1b	24 tuần	24 tuần hoặc 12 tuần (+RBV)	Không	12 tuần	12 tuần	24 tuần hoặc 12 tuần (+RBV)	12 tuần (+RBV)	Không	12 tuần
2	Không	12 tuần	16 – 20 tuần	Không	12 tuần	Không	Không	Không	12 tuần
3	Không	24 tuần + RBV	Không	Không	12 tuần	Không	Không	Không	12 tuần
4	24 tuần hoặc 12 tuần (+RBV)	24 tuần hoặc 12 tuần (+RBV)	Không	12 tuần	12 tuần	24 tuần hoặc 12 tuần (+RBV)	Không	24 tuần (+RBV)	12 tuần
5,6	24 tuần hoặc 12 tuần (+RBV)	24 tuần hoặc 12 tuần (+RBV)	Không	Không	12 tuần	Không	Không	Không	12 tuần

Bảng 4. Phác đồ điều trị viêm gan virus C mạn cho người bệnh có xơ gan mất bù
(bao gồm suy gan vừa và nặng, Child Pugh B hoặc C)

	SOF+RBV	SOF/LDV	SOF/DCV	SOF/VEL
Kiểu gen 1,4,5,6		24 tuần Hoặc 12 tuần (+RBV)	24 tuần hoặc 12 tuần (+RBV)	24 tuần hoặc 12 tuần (+RBV)
Kiểu gen 2	16-20 tuần	Không	24 tuần hoặc 12 tuần (+RBV)	
Kiểu gen 3		Không	24 tuần hoặc 12 tuần (+RBV)	

Lưu ý: - Đối với phác đồ có sử dụng RBV thì khởi đầu với liều 600mg, tăng liều dần theo cân nặng nếu người bệnh dung nạp tốt.

- Điều trị DAAs trên người bệnh xơ gan mất bù cần được theo dõi tại cơ sở điều trị chuyên khoa/đa khoa tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương.



5. ĐIỀU TRỊ ĐỐI TƯỢNG ĐẶC BIỆT

- **ĐỒNG NHIỄM HCV- HBV**
- **TRẺ EM**



ĐỒNG NHIỄM HCV-HBV

- Bn đồng nhiễm HBV và HCV có thể điều trị với thuốc kháng virus cho HCV
- Tỷ lệ đạt SVR tương tự ở những bn nhiễm đơn độc HCV
- Trong và sau điều trị HCV nếu có nguy cơ tái hoạt HBV, cần phối hợp thuốc kháng HBV (*lưu ý tương tác thuốc*)
- DDIs cần kiểm tra trước điều trị.



VIÊM GAN C MẠN Ở TRẺ EM

- DAA Không được sử dụng ở trẻ em
- Duy nhất pegylated interferon/ribavirin được khuyến cáo cho trẻ trên 2 tuổi.
- Thử nghiệm lâm sàng cần thêm dữ liệu về an toàn và hiệu quả của DAAs trên trẻ em



KẾT LUẬN

- Với sự xuất hiện của DAA, việc điều trị VGC mạn trở nên đơn giản, đạt hiệu quả rất cao trong thời gian ngắn
 - VGC mạn có thể chữa khỏi!
 - Lưu ý tương tác thuốc
- Cần chọn lựa phác đồ điều trị thích hợp nhất
- Việc sử dụng các generic với giá cả hợp lý giúp cho việc tiếp cận điều trị VGC dễ dàng
 - Tuân thủ phác đồ → tránh kháng thuốc