

T/ZSMM

浙江省数理医学学会团体标准

T/ZSMM 0022—2026

医疗机构乙型肝炎健康促进工作规范

Standards for hepatitis B health promotion in medical institutions

（报批稿）

（本草案完成时间：2026 年 7 月 29 日）

在提交反馈意见时，请将您知道的相关专利连同支持性文件一并附上。

XXXX – XX – XX 发布

XXXX – XX – XX 实施

浙江省数理医学学会 发布

内部资料，
严禁外传

内部资料，
严禁外传

内部资料，
严禁外传

内部资料，
严禁外传

目 次

前 言	III
引 言	IV
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 缩略语	2
5 慢性乙型肝炎的人群分类	3
5.1 概述	3
5.2 自然史分期	3
5.3 临床诊断分类	3
5.4 治疗适应证分类	3
6 健康促进工作目标	3
7 健康促进工作内容	4
7.1 组织管理与支持环境	4
7.2 面向公众及咨询者的健康促进工作	4
7.3 面向乙型肝炎病毒感染者的健康促进工作	4
8 健康促进工作政策保障	4
8.1 组织架构	4
8.2 工作职责	4
8.3 运行机制	4
9 健康宣教	4
9.1 总则	4
9.2 健康宣教目标	5
9.3 健康宣教原则	5
9.3.1 有效沟通原则	5
9.3.2 互动性原则	5
9.4 健康宣教内容	5
9.5 健康宣教模式	5
9.5.1 情景（场地）宣教模式	6
9.5.2 面授宣教模式	6
9.5.3 远程宣教模式	6
9.5.4 义诊宣教模式	6
9.5.5 慢病管理宣教模式	6
9.6 健康宣教要求	6
9.6.1 宣教人员资质	6
9.6.2 宣教人员要求	6
9.7 学习培训要求	6
9.7.1 感染性疾病科、传染科、肝病科、消化内科等专科医护人员	7
9.7.2 各级医院、卫生院、社区卫生服务中心医护人员及全科医师	7
9.7.3 其他人员	7
9.8 健康宣教实施	8
9.9 健康宣教测评	8
9.9.1 测评方法	8
9.9.2 测评内容及要求	8
9.9.3 测评结果应用	8
10 知晓乙型肝炎病毒的传播途径	8
10.1 传播途径	8

10.2 非传播途径	9
11 全人群主动筛查	9
11.1 一般人群筛查	9
11.2 重点人群及高危人群筛查	9
11.3 健康体检筛查	9
12 正确预防接种	9
12.1 接种意义	9
12.2 接种程序	9
12.3 接种后检测与补种	9
12.4 接种单位	9
13 合理医疗处置	9
14 全过程随访管理及信息管理	10
附 录 A （资料性） 慢性乙型肝炎病毒感染者疾病分类示意图	11
附 录 B （资料性） 乙型肝炎健康促进工作流程示意图	12
附 录 C （资料性） 乙型肝炎健康宣教流程示意图	13
附 录 D （资料性） 乙型肝炎健康宣教满意度测评表	14
附 录 E （资料性） 乙型肝炎病毒感染筛查结果判读与乙型肝炎疫苗接种示意图	15
参 考 文 献	16

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由浙江省数理医学学会提出并归口。

本文件起草单位：宁波市第二医院，温州医科大学；杭州市西溪医院；宁波市疾病预防控制中心；宁波市镇海区中医医院；宁波大学附属人民医院；象山县第一人民医院医疗健康集团；宁波市鄞州区第二医院；解放军联勤保障部队第九〇六医院；宁波大学附属阳明医院；宁海县第一医院；宁波大学附属第一医院；宁波明州医院；艾昆纬企业管理咨询（上海）有限公司；宁波市鄞州区疾病预防控制中心；宁波市海曙区疾病预防控制中心；中国疾病预防控制中心。

本文件主要起草人：胡爱荣、陈琴、蒋素文、郑建军、王波定、刘寿荣、吴光亮、郑祺、刘鹏、陈奕、石小军、朱波、宣王益、谭俊、范玲燕、许烂漫、马文骏、谢龙腾、练祥、沈芝红、何维新、黄冠成、王宗义、褚金国、陈仕祥、贺天锋、高国生、胡素佩、赵启杰、张露侃、李潮、殷玥琪、李保军、陈方方。

引 言

乙型肝炎病毒感染是一个严重的公共卫生问题。世界卫生组织“2030年消除病毒性肝炎作为公共卫生威胁”战略目标指出：至2030年，乙型肝炎新发感染率要减少90%、死亡率减少65%、诊断率达到90%、治疗率达到80%。《中国防治病毒性肝炎行动计划（2025—2030年）》指出，至2030年：儿童乙型肝炎疫苗全程接种率持续保持在95%及以上，新生儿乙型肝炎疫苗首剂及时接种率持续保持在90%及以上；5岁以下儿童乙型肝炎表面抗原流行率降至0.2%及以下；乙型肝炎病毒母婴传播率降至1%及以下；全国临床用血乙型肝炎病毒核酸检测率达100%，医疗机构安全注射比例达100%，注射吸毒人群综合干预措施覆盖比例达95%以上；慢性乙型肝炎患者诊断率达80%及以上，新报告慢性乙型肝炎患者抗病毒治疗率达80%及以上。

我国长期推进乙型肝炎综合防控工作，防控体系持续完善，但仍面临较大压力。国家“十三五”传染病重大专项“中国慢性病毒性肝炎流行现状研究”成果报告显示：2020年我国1~69岁人群乙型肝炎表面抗原流行率为5.86%，估算我国现存乙型肝炎病毒感染者约7500万人。

据Polaris Observatory Collaborators测算，目前我国乙型肝炎病毒感染的诊断率已提升至65%，但年治疗率仅为11%。按现有防控进程，我国至2051年方可实现世界卫生组织2030年消除病毒性肝炎公共卫生威胁战略目标。我国的乙型肝炎疾病负担仍处于高位。

规范抗病毒治疗是延缓肝纤维化、肝硬化及肝癌进展、改善感染者远期预后的关键。国家“十三五”传染病重大专项“中国慢性病毒性肝炎流行现状研究”成果报告还显示：我国15岁及以上乙型肝炎病毒感染者中，仅59.78%知晓自身感染状态；在已知自身感染者中，38.25%符合抗病毒治疗指征，但仅17.33%接受了规范抗病毒治疗。造成该诊疗缺口的主要原因在于多数乙型肝炎病毒感染者长期处于无明显不适症状的携带状态，未能主动察觉自身感染，错失早期筛查与诊疗时机。

乙型肝炎健康促进工作的有效实施，需要全社会多方协同，涵盖健康科普宣教、主动筛查、预防接种、合理医疗处置、全过程随访管理及信息管理等环节。医疗机构作为疾病防控、诊疗及健康管理的核心主体，是落实乙型肝炎健康促进工作的关键责任单位。为统一规范医疗机构乙型肝炎健康促进工作的全流程作业标准，补齐防控宣教短板，压实医疗机构主体责任，助力实现国家乙型肝炎消除战略目标，特制定本文件。

医疗机构乙型肝炎健康促进工作规范

1 范围

本文件规定了医疗机构开展乙型肝炎健康促进工作所涉及的慢性乙型肝炎人群分类、健康促进目标、健康促进政策保障、健康宣教、乙型肝炎病毒传播途径告知、全人群主动筛查、规范预防接种、合理医疗处置、全过程随访管理及信息管理等相关要求。

本文件适用于各级各类医疗机构开展乙型肝炎相关的健康促进工作。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

乙型肝炎病毒 hepatitis B virus; HBV

是引起乙型肝炎及相关肝脏疾病的病原体，为嗜肝DNA病毒科。

3.2

乙型肝炎血清学标志物 hepatitis B serological markers

是指通过免疫学方法在血清或血浆中检测到的、反映HBV感染状态及机体免疫应答水平的各类抗原和抗体。通常称为“乙肝两对半”、或“乙肝三系”、或“乙肝五项”。包括乙型肝炎表面抗原、乙型肝炎表面抗体、乙型肝炎E抗原、乙型肝炎E抗体、乙型肝炎核心抗体。

3.3

乙型肝炎表面抗原 hepatitis B surface antigen; HBsAg

是HBV的外壳（包膜）蛋白的主要成分，其本身没有传染性但有抗原性，是HBV感染的标志之一。

3.4

乙型肝炎表面抗体 hepatitis B surface antibody; 抗-HBs

是一种保护性抗体。在HBV急性感染后期，HBsAg转阴后一段时间开始出现，在6~12个月内逐步升高至高峰，可持续多年。抗-HBs阳性表示对HBV有免疫功能，可见于乙型肝炎恢复期、既往感染恢复或乙型肝炎疫苗接种后。无论是感染后获得，还是乙型肝炎疫苗接种后获得的抗-HBs，其滴度会逐步下降。

3.5

乙型肝炎E抗原 hepatitis B e antigen; HBeAg

是HBV核心颗粒中分泌至血液的一种可溶性蛋白质。一般情况下，HBeAg埋藏于乙型肝炎核心抗原内部，当乙型肝炎核心抗原裂解时，HBeAg从肝细胞核内溶入血清。是人体感染HBV后跟随HBsAg出现的第2个血清学抗原标志物。一般情况下（即未接受治疗干预），HBeAg阳性提示HBV感染者处于高感染（HBV高水平复制）低应答期，HBV传染性较强。包括HBeAg阳性慢性HBV感染、HBeAg阳性CHB等疾病状态。

3.6

乙型肝炎E抗体 hepatitis B e antibody; 抗-HBe

是机体针对HBeAg产生的特异性抗体。HBeAg消失而抗-HBe产生称为E抗原血清学转换，提示HBV复制多处于静止状态，HBV传染性降低，称为HBeAg阴性慢性HBV感染。但部分HBV感染者仍有病毒复制或/和肝炎活动，称为HBeAg阴性CHB。

3.7

乙型肝炎核心抗体 hepatitis B core antibody; 抗-HBc

是乙型肝炎核心抗原（较少用于临床常规检测）对应的抗体。一般情况下，HBV感染者几乎均可检测出抗-HBc。抗-HBc阳性表示现症感染或既往感染。

3.8

乙型肝炎病毒脱氧核糖核酸 hepatitis B virus deoxyribonucleic acid; HBV DNA

是HBV感染最直接、特异性强和灵敏性高的指标。HBV DNA阳性，提示HBV复制和有传染性。HBV DNA越高表示病毒复制越活跃，HBV传染性越强。HBV DNA也是评估慢性HBV感染疾病进展及抗病毒治疗疗效监测的重要指标之一。

3.9

丙氨酸转氨酶 alanine aminotransferase; ALT

是肝功能的指标之一。主要存在于各种细胞中，尤以肝细胞为最，整个肝脏内ALT含量约为血中含量的100倍。在各种病因导致肝脏损伤时，ALT大量释放入血中。是肝脏损伤的重要指标，也是疗效监测的重要指标之一。

3.10

乙型肝炎 hepatitis B

是由HBV感染引起的，以肝脏损害为主的一组全身性传染病，临床上可表现为急性乙型肝炎/急性HBV感染、CHB/慢性HBV感染（HBcAg阳性慢性HBV感染、HBcAg阴性慢性HBV携带感染者、隐匿性慢性HBV感染）、乙型肝炎肝硬化、肝衰竭，并可进展为肝细胞癌。

CHB/慢性HBV感染定义为感染病程大于6个月，出现或不出现肝脏损害；为乙型肝炎医疗机构就诊的主要群体。约5%左右的成人感染后会转为慢性，而新生儿及1岁以下婴幼儿感染慢性化风险高达90%。

3.11

隐匿性乙型肝炎病毒感染 occult hepatitis B infection

是指感染个体血清HBsAg阴性（可伴有抗-HBs、抗-HBe和/或抗-HBc阳性），但血清和/或肝组织中HBV DNA阳性的一种特殊HBV感染状态。其临床意义等同于CHB。

3.12

肝硬化 liver cirrhosis

是各种慢性肝病进展至以肝组织慢性炎症、弥漫性纤维化、假小叶和再生结节形成、血管扭曲变形，门静脉血回流受阻，门-体侧支循环形成成为特征的病理阶段。是各种慢性肝脏疾病晚期的共同病变。早期（代偿期）无明显症状，后期（失代偿期）因肝脏变形硬化、肝小叶结构和血液循环途径显著改变，临床上有多系统受累，以肝功能减退、门脉高压两大症候群为主要表现，晚期常出现食管胃底静脉曲张出血、肝性脑病、继发感染、肝肾综合征、门静脉血栓等严重的并发症。由HBV感染导致的肝硬化称为乙型肝炎肝硬化。

3.13

肝细胞癌 hepatocellular carcinoma; HCC

是原发于肝细胞的恶性肿瘤，是目前我国较常见的恶性肿瘤及肿瘤致死病因。

3.14

肝衰竭 liver failure

是肝脏受到病毒感染、酒精、药物等因素造成的损害后，造成肝细胞大量坏死，导致肝功能严重障碍，出现以凝血机制障碍和黄疸、肝性脑病、腹水等为主要表现的一组临床症候群。

3.15

健康促进 health promotion

是指运用行政的或组织的手段，全社会（即社会各相关部门以及社区、家庭和个人）共同参与，使其履行各自对健康的责任，共同维护和促进健康的一种社会行为和社会战略。乙型肝炎的健康促进工作，包括健康宣教、知晓HBV的传播途径、全人群主动筛查、预防接种、合理的医疗处置、全过程的随访管理及信息管理。

4 缩略语

下列缩略语适用于本文件。

ALT: 丙氨酸转氨酶 (Alanine Aminotransferase);

CHB: 慢性乙型肝炎 (Chronic Hepatitis B);

HBcAg: 乙型肝炎E抗原 (Hepatitis B E Antigen);

HBsAg: 乙型肝炎表面抗原 (Hepatitis B Surface Antigen) ;
 HBV: 乙型肝炎病毒 (Hepatitis B Virus) ;
 HBV DNA: 乙型肝炎病毒脱氧核糖核酸 (Hepatitis B Virus Deoxyribonucleic Acid) ;
 HCC: 肝细胞癌 (Hepatocellular Carcinoma) ;
 抗-HBc: 乙型肝炎核心抗体(Hepatitis B Core Antibody);
 抗-HBe: 乙型肝炎E抗体(Hepatitis B E Antibody);
 抗-HBs: 乙型肝炎表面抗体(Hepatitis B Surface Antibody)。

5 慢性乙型肝炎的人群分类

5.1 概述

CHB的疾病分类包括“自然史分期”、“临床诊断分类”、“治疗适应证分类”等。针对上述疾病分类的不同疾病状态,实施不同的健康促进内容。具体见附录A“慢性乙型肝炎病毒感染者疾病分类示意图”。

5.2 自然史分期

CHB自然史人为划分为4个期:

- a) HBeAg 阳性慢性 HBV 感染 (也称免疫耐受期、慢性 HBV 携带状态) ;
- b) HBeAg 阳性 CHB (也称免疫清除期、免疫活动期) ;
- c) HBeAg 阴性慢性 HBV 感染 (也称非活动期、免疫控制期、非活动性 HBsAg 携带状态、HBeAg 阴性慢性 HBV 携带感染) ;
- d) HBeAg 阴性 CHB (也称再活动期) 。

5.3 临床诊断分类

CHB“临床诊断分类”包括:

- a) 慢性 HBV 携带状态, 对应于“自然史分期”的 HBeAg 阳性慢性 HBV 感染;
- b) HBeAg 阳性 CHB;
- c) 非活动性 HBsAg 携带状态, 对应于“自然史分期”的 HBeAg 阴性慢性 HBV 感染;
- d) HBeAg 阴性 CHB;
- e) 隐匿性 HBV 感染: 血清 HBsAg 阴性, 但血清和/或肝组织中 HBV DNA 阳性;
- f) 乙型肝炎终末期肝病 (肝硬化、HCC、肝衰竭等) 。

5.4 治疗适应证分类

当前,慢性HBV感染尚不能完全治愈。因此可分为治疗对象和不治疗对象。治疗对象应及时抗病毒等治疗;不治疗对象可暂时不予抗病毒治疗,但应定期随访复查。

6 健康促进工作目标

通过全社会共同参与和多部门协作,实施以下综合干预措施,以消除或减轻乙型肝炎相关健康危险因素,促进患者康复,提高生活质量:

- a) 健康宣教;
- b) 普及 HBV 传播途径知识;
- c) 全人群主动筛查;
- d) 规范预防接种;
- e) 及时转诊;
- f) 合理诊疗;
- g) 全病程健康管理。

7 健康促进工作内容

7.1 组织管理与支持环境

各医疗机构应制定切实可行的政策及文件，并建设支持性环境。

7.2 面向公众及咨询者的健康促进工作

面向公众人群或咨询者，应通过多种渠道开展以下健康促进工作：

- a) 健康宣教；
- b) 普及 HBV 传播途径知识；
- c) 推动全人群主动筛查；
- d) 规范预防接种；
- e) 及时转诊。

7.3 面向乙型肝炎病毒感染者的健康促进工作

面向 HBV 感染者（尤其是 CHB 及慢性 HBV 感染者），应在开展健康宣教的基础上，根据其所对应的自然史分期、临床诊断分类、治疗适应证分类及不同疾病状态，实施分层管理，使其自觉并有针对性地采纳有益于病情稳定或临床治愈的治疗措施、日常行为及生活方式，实现早发现、早治疗、主动接受治疗，并做到规范的病情随访或复查，最终实现全病程健康管理。乙型肝炎健康促进工作流程见附录 B。

8 健康促进工作政策保障

8.1 组织架构

各医疗机构宜成立乙型肝炎健康促进工作小组。小组成员应包括以下相关部门或科室的负责人：

- a) 疾病控制科（或公共卫生科、预防保健科）；
- b) 医务科（或医疗质量管理科）；
- c) 信息科；
- d) 检验科；
- e) 肝病科/感染科；
- f) 护理部；
- g) 各临床科室。

8.2 工作职责

工作小组应制定以下工作流程与规范：

- a) 健康宣教流程与规范；
- b) 医疗机构内乙型肝炎筛查、转诊、诊治及随访管理流程与规范。

8.3 运行机制

工作小组应明确各科室及成员的职责分工，定期评估工作进展，并建立考核机制。

9 健康宣教

9.1 总则

在乙型肝炎健康促进工作的实施过程中，健康宣教极为重要，应贯穿于筛查与预防、转诊与诊治、全病程管理的各环节。

9.2 健康宣教目标

健康宣教目标包括以下内容。

- a) 提高公众意识：通过多种渠道普及 HBV 感染防治知识，提高公众对乙型肝炎的认知和重视程度，主动筛查、正确预防接种、合理转诊。
- b) 促进患者主动管理：帮助 HBV 感染者了解疾病进展、治疗选择及生活方式调整，鼓励其积极参与治疗与随访。
- c) 降低疾病负担：通过主动筛查、正确预防接种和规范诊治，保护易感人群，减少 HBV 感染者的疾病进展，减少或降低肝硬化、HCC、肝衰竭等终末期肝病的发生率，消除 HBV 感染的公共卫生危害。

9.3 健康宣教原则

9.3.1 有效沟通原则

健康宣教人员应尊重患者、高危人群、公众人群或咨询者的主体地位，注重隐私保护，并与其进行有效沟通，做到专业知识通俗化和易于理解、接受。

9.3.2 互动性原则

健康宣教应把宣传教育与咨询服务相结合，强调针对性、个体化和有效性，采用互动式方式，以提高公众人群对 HBV 感染防治的认知水平以及患者自我保健、维护健康的意识和能力。

9.4 健康宣教内容

根据宣教人员层级及知识结构，可酌情补充或删减国际国内新进展、新技术、新方法。包括但不限于以下内容：

- a) 慢性 HBV 感染、CHB 的定义及危害；
- b) HBV 感染在世界各国及国内的发病率及疾病负担；
- c) HBV 的病原学特征及相关标志物的意义，包括血清学指标：如 HBsAg、抗-HBs、HBeAg、抗-HBe、抗-HBc，病毒学指标：如 HBV DNA，血常规，血液生化学指标：如肝功能 ALT 等，血液肿瘤学指标：如甲胎蛋白、异常凝血酶原，肝脏影像学指标：如上腹部 B 超、CT、磁共振等，HCC 危险分层评估指标或风险评估模型；
- d) HBV 的传播途径及高危人群，防护措施，预防接种的意义；
- e) 慢性 HBV 感染“自然史分期”、“临床诊断分类”、“治疗适应证分类”的不同疾病状态[活动性或非活动性携带状态、HBeAg 阳性或阴性 CHB、HBV 感染相关终末期肝病（肝硬化、HCC、肝衰竭等）、HBV 感染肝外表现或疾病]与临床表现；
- f) 慢性 HBV 感染的基本检测、检查手段；
- g) 慢性 HBV 感染“自然史分期”、“临床诊断分类”、“治疗适应证分类”不同疾病状态患者的饮食、起居及生活注意事项；
- h) 慢性 HBV 感染的治疗目标，治疗适应证（治疗对象）的判断标准；
- i) 慢性 HBV 感染“自然史分期”、“临床诊断分类”、“治疗适应证分类”不同疾病状态患者的治疗措施（抗病毒治疗、抗炎保肝治疗、抗肝纤维化治疗、并发症治疗等）；
- j) HBV 感染者服药规范及依从性，疗效监测；
- k) HBV 感染者的随访原则（随访的重要性、随访频率、随访检查指标）。

9.5 健康宣教模式

应充分结合情景（场地）宣教、面授宣教、远程宣教等多种模式，提高宣教的覆盖面和效果；可利用互联网平台，开展线上健康教育课程和咨询服务；宜开发图文并茂的宣教资料、视频教程等，帮助公

众人群或患者更好地理解疾病的防治知识；可利用手机应用程序、社交媒体等工具，提供个性化的健康宣教内容。

9.5.1 情景（场地）宣教模式

经申请允许后，可在各级医院、卫生院、社区卫生服务中心、街道及其他社群活动区域等地方采用宣传板、宣传海报、宣传手册、电子屏幕或幕墙展播等方式进行HBV感染相关疾病的宣传教育，并注重隐私保护。或医院、社区卫生服务中心、健康教育专业机构等单位通过统一制作宣传板、宣传海报、宣传手册、电子屏幕或幕墙展播等方式进行宣传教育。

9.5.2 面授宣教模式

应以医院或社区服务中心或健康教育专业机构为平台建立包括集中面授培训宣教或一对一或一对多健康辅导在内的面授宣教，同时加强心理疏导与注重隐私保护。

9.5.3 远程宣教模式

可制作HBV感染相关疾病健康教育、饮食及生活注意事项、高危人群防护、正确预防接种的图文资料、视频资料或音频资料，并通过互联网途径进行反复宣传教育；定期通过各种远程医疗网络中心对网络覆盖医联体（医共体）的人员进行教育；利用多种互联网平台建立群组开展一对一或一对多的健康教育及咨询服务。

9.5.4 义诊宣教模式

经申请允许后，可定期或不定期在各级医院、卫生院、社区卫生服务中心、人流量较大的公共场所及社区开展HBV感染相关疾病的义诊及健康咨询活动，发放HBV感染相关疾病管理手册。

9.5.5 慢病管理宣教模式

应以社区卫生服务中心/乡镇卫生院医护、村医等健康教育专业机构宣教者为依托，基于慢病管理模式和自愿性原则，对HBV感染患者、高危人群进行入户宣教，建立或记入健康档案，加强随访力度，提高治疗依从性。

9.6 健康宣教要求

9.6.1 宣教人员资质

HBV感染健康宣教候选者主要包括下列人员：

- a) 感染性疾病科（感染科）、传染科、肝病科、消化内科等专科具备初级及以上专业技术职称的医护人员；
- b) 各级医院、卫生院、社区卫生服务中心具备助理执业医师资格或执业护士资格及以上职称的医护人员；
- c) 社区全科助理执业医师及以上职称的医护人员；
- d) 疾病预防控制中心、社会工作从业者及其他相关行业从业人员（如戒毒所工作人员、社会组织等）。

9.6.2 宣教人员要求

上述人员应经过专业的培训合格后，方可成为HBV感染健康教育宣教员。

9.7 学习培训要求

9.7.1 感染性疾病科、传染科、肝病科、消化内科等专科医护人员

有资质的医护人员应每半年至少接受一次网络远程培训或面授培训，每年至少参加一次肝脏病相关的国家级、省级或市级继续医学教育项目，并主动学习肝脏病及HBV感染相关健康教育的相关知识及国内外研究新进展。

应至少掌握以下内容：

- a) HBV 感染在世界各国及国内的流行病学特征及疾病负担；
- b) HBV 的病原学特征与传播途径；
- c) 慢性 HBV 感染相关疾病的病理生理基础；
- d) 慢性 HBV 感染“自然史分期”、“临床诊断分类”、“治疗适应证分类”的不同疾病状态、临床表现与体征；慢性 HBV 感染的实验室检查、影像学检查及其他辅助检查，HBV 感染相关标志物的意义，包括血清学指标如 HBsAg、抗-HBs、HBeAg、抗-HBe、抗-HBc，病毒学指标如 HBV DNA，血常规，血液生化学指标如肝功能 ALT 等，血液肿瘤学指标如甲胎蛋白、异常凝血酶原，肝脏影像学指标如上腹部 B 超、CT、磁共振、肝硬度等，HCC 危险分层评估指标或风险评估模型；
- e) 慢性 HBV 感染不同疾病状态患者的诊断、治疗目标、治疗适应证即治疗对象的判断标准、治疗措施，包括抗病毒治疗、抗炎保肝治疗、抗肝纤维化治疗、并发症治疗等；
- f) 慢性 HBV 感染抗病毒药物的使用原则、注意事项，抗病毒治疗的长期性；
- g) 慢性 HBV 感染不同疾病状态患者的饮食、起居及生活注意事项；
- h) HBV 感染者的随访原则与随访方案，包括随访的重要性、随访频率、随访检查指标；
- i) 高危人群的识别与健康人群防护；
- j) 国际国内有关研究的新进展、新技术。

9.7.2 各级医院、卫生院、社区卫生服务中心医护人员及全科医师

应每年至少进行一次在感染性疾病科、传染科、肝病科、消化内科专科医师指导下的集中面授学习，或参加一次肝脏病相关的国家级、省级或市级继续医学教育项目，或自学肝脏病及CHB健康教育的相关知识及新进展，并每年撰写学习总结至少一次。

应至少掌握以下内容：

- a) HBV 感染的流行病学特征、传播途径及疾病负担；
- b) 高危人群的识别与健康人群防护；
- c) 慢性 HBV 感染“自然史分期”、“临床诊断分类”、“治疗适应证分类”的不同疾病状态与临床表现；
- d) HBV 感染的基本辅助检查；
- e) HBV 感染不同疾病状态患者的诊断、治疗目标及治疗适应证即治疗对象的判断标准；
- f) 慢性 HBV 感染抗病毒药物的使用原则、注意事项及抗病毒治疗的长期性；
- g) 慢性 HBV 感染不同疾病状态患者的饮食、起居及生活注意事项；
- h) HBV 感染者的随访原则与随访方案，包括随访的重要性、随访频率及随访检查指标。

9.7.3 其他人员

应每年在感染性疾病科、传染科、肝病科、消化内科医护人员的指导下进行一次集中面授或网络视频（含语音）培训。

应至少掌握以下内容：

- a) HBV 感染高危人群及高危行为的定义；
- b) HBV 感染传播途径、阻断措施及预防措施；
- c) 安全注射与安全性行为。其中，安全注射是指对接受注射者不存在被感染危害、实施注射操作的医护人员不暴露于可避免的危险、注射的废弃物不造成危害的注射；安全性行为是指一套设计来保持人们身心健康的性行为做法，本标准中取其狭义含义，即降低性传播疾病感染风险的性行为；

- d) HBV 感染的基本标志物及其意义,包括血清学指标如 HBsAg、HBeAg,以及病毒学指标如 HBV DNA;
- e) 慢性 HBV 感染抗病毒治疗的长期性;
- f) 慢性 HBV 感染不同疾病状态患者的日常饮食、起居及生活注意事项;
- g) HBV 感染者的随访原则,包括随访的重要性及随访频率。

9.8 健康宣教实施

HBV感染的健康宣教应按照预先制定的宣教方案及有关约定实施,应尊重不同民族、特殊疾病人群、特定地区人群、年龄、性别、文化背景及物质精神生活等方面的差异,使每位HBV感染者尤其是慢性HBV感染者获得基本的健康教育并实现健康获益最大化,且宜注重隐私保护。乙型肝炎健康宣教流程见附录C。

针对不同疾病状态,健康宣教时可实施差异化的宣教内容,具体如下:

- a) 一般性宣教:应包括 HBV 感染高危人群及高危行为的定义、HBV 感染的传播途径、主动筛查的积极意义、阻断措施及预防措施、安全注射与安全性行为、HBV 感染的基本标志物及其意义等内容;
- b) 治疗宣教:应包括 HBV 感染疾病负担、HBV 的病原学特征、慢性 HBV 感染“自然史分期”“临床诊断分类”“治疗适应证分类”不同疾病状态的临床表现与体征、HBV 感染相关标志物的意义、慢性 HBV 感染不同疾病状态患者的诊断与治疗目标、治疗适应证(即治疗对象)的判断标准、治疗措施(包括抗病毒治疗、抗炎保肝治疗、抗肝纤维化治疗、并发症治疗等)、慢性 HBV 感染抗病毒药物的使用原则与注意事项、抗病毒治疗的长期性等内容;
- c) 随访宣教:应包括慢性 HBV 感染不同疾病状态患者的饮食、起居及生活注意事项,以及慢性 HBV 感染患者的随访原则与随访方案(包括随访的重要性、随访频率及随访检查指标)等内容。

9.9 健康宣教测评

9.9.1 测评方法

可采用满意度测评法,组织受宣教的人员现场无记名填写满意度测评表或电子测评。定期对患者的治疗依从性和生活质量进行评估。

9.9.2 测评内容及要求

每次宣教前应向所有受宣教人员发放《乙型肝炎健康宣教满意度测评表》,内容见附录D。宣教结束时回收测评表或进行电子测评,回收率应不低于80%。

应对患者的治疗依从性、生活质量、疾病知识掌握程度等进行综合评估。

9.9.3 测评结果应用

测评结果可用于各级医院、卫生院、社区卫生服务中心、健康教育专业机构或社区组织对宣教效果的自评,促使宣教人员或宣教组织发现不足、总结经验、不断改进。同时,考核结果可作为卫生行政部门评价相应机构开展健康宣教工作情况的参考依据,并研究是否在区域范围内推广。

10 知晓乙型肝炎病毒的传播途径

10.1 传播途径

HBV可通过母婴、血液和性接触等途径实现垂直传播或水平传播,即经血液、体液途径传播,具体包括但不限于以下途径:皮肤及黏膜创伤感染;职业暴露;修足、文身、扎耳环孔、共用剃须刀和牙具

等日常生活行为；注射吸毒；医用注射、手术及口腔科等不规范的诊疗操作；无防护的性行为；输注未经严格筛查和检测的血液及血制品；不规范的血液净化等。

10.2 非传播途径

HBV不经呼吸道和消化道传播。日常学习、工作或生活接触，如同在一间办公室工作、握手、拥抱、同住一宿舍、同一餐厅用餐、共用厕所等无血液暴露的接触，不会传染HBV。现有研究表明，HBV不会通过吸血昆虫如蚊和臭虫等传播。

11 全人群主动筛查

11.1 一般人群筛查

应提倡全人群（一般人群）一生中至少安排一次HBV感染相关标志物的筛查。

11.2 重点人群及高危人群筛查

对于重点人群或高危人群，如育龄期女性、HBsAg阳性者家庭成员、注射吸毒者、器官移植患者、糖尿病患者、血液透析患者、人类免疫缺陷病毒（HIV）感染者、慢性肝病患者、免疫功能低下人群、职业易发生外伤者、医务人员、经常接受输血或血液制品人员、男男性行为者和多个性伴侣者等，应进行定期筛查。

11.3 健康体检筛查

可将HBV感染相关标志物的筛查纳入健康体检项目中，特别是针对30周岁以上人群。HBsAg阴性者应按照流程实施进一步检查或预防接种，HBsAg阳性者应至医疗机构进一步诊治。HBV感染筛查结果判读与乙型肝炎疫苗接种流程见附录E。

12 正确预防接种

12.1 接种意义

接种乙型肝炎疫苗是预防HBV感染最有效的措施。我国已将乙型肝炎疫苗纳入儿童免疫规划，但成人乙型肝炎疫苗的接种率相对较低。应提倡所有符合乙型肝炎疫苗接种条件的成人均应及时、足量、全程接种乙型肝炎疫苗。

12.2 接种程序

接种程序一般为0、1、6月接种3针，接种部位为上臂三角肌，采用肌内注射方式。

12.3 接种后检测与补种

应在完成乙型肝炎疫苗全程接种后再次检测乙型肝炎血清学标志物。如抗-HBs低于10 mIU/mL，可再次接种3剂20 μg乙型肝炎疫苗，或接种1剂60 μg重组酵母乙肝疫苗。

12.4 接种单位

可在属地卫生行政部门备案的疫苗预防接种单位就近接种。HBV感染筛查结果判读与乙型肝炎疫苗接种流程见附录E。

13 合理医疗处置

HBsAg阳性者应至医疗机构进一步诊治。可根据HBV感染者的流行病学特征及基础疾病史、HBV感染相关疾病家族史、辅助检查（实验室检查、影像学检查等）等，结合“自然史分期”、“临床诊断分类”、“治疗适应证分类”判断其所处的疾病状态，治疗对象应实施针对性、个体化治疗方案，包括抗病毒治疗、抗炎保肝治疗、抗肝纤维化治疗、并发症治疗等综合治疗，关键是抗病毒治疗。不治疗对象应定期随访复查，正确、及时判断不治疗对象的治疗适应证，甄别出疾病进展风险高、亟需抗病毒治疗的患者。

14 全过程随访管理及信息管理

全过程随访管理及信息管理包括：

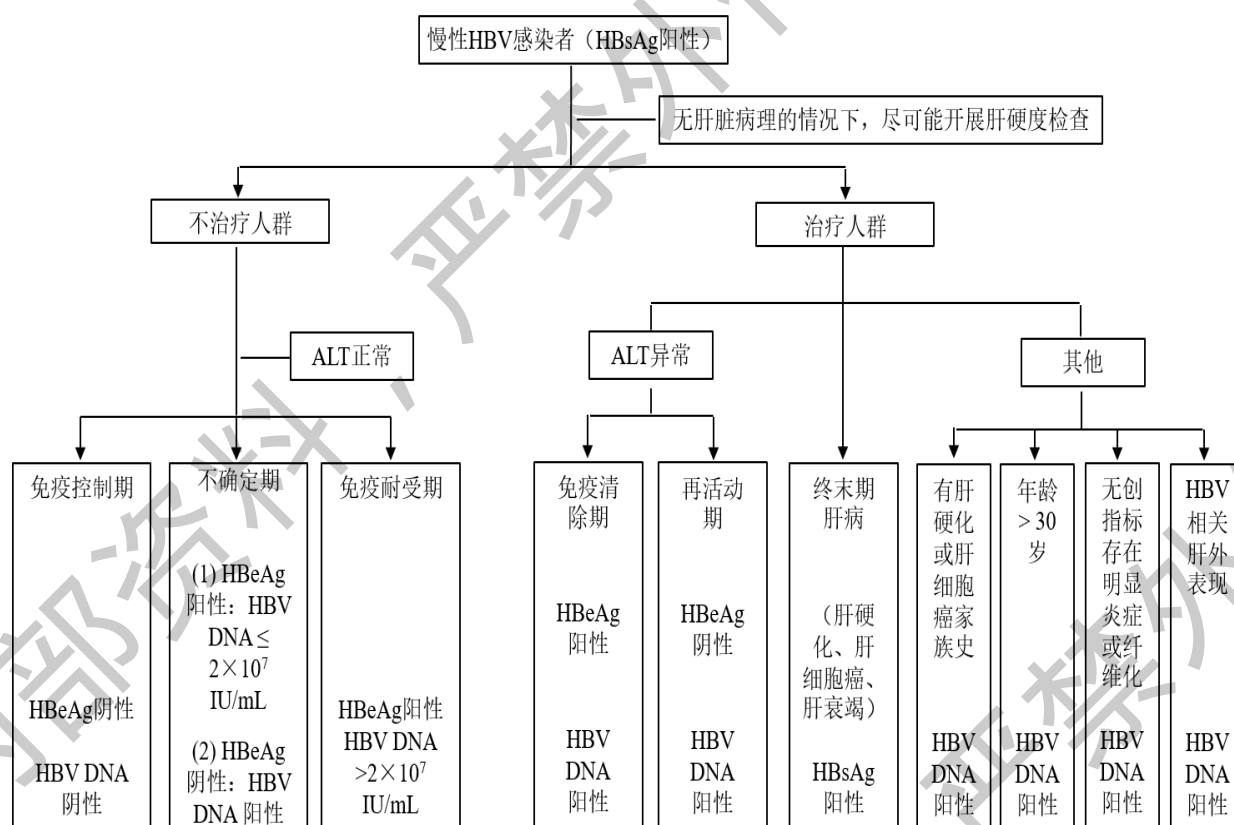
- a) 应明确定期、科学、行之有效的全过程健康管理（随访管理）是 HBV 感染者病情评估，治疗干预、疗效判断与治疗方案调整，改善疾病进展，提高生命质量，延长生存时间的关键。
- b) 所有 HBV 感染者，应接受随访管理，可纳入基层医疗机构慢性病健康管理服务体系，也可在非基层医疗机构相应专科随访管理。可开发建立智能化的管理工具/管理系统，及时提醒患者按时前来复诊。
- c) 所有 HBV 感染者，应每 3 个月～6 个月进行一次随访，病情较重或和终末期肝病（肝硬化、HCC、肝衰竭等）患者需相应增加随访频次（缩短随访问隔时间至 1 个月～3 个月）。随访内容包括替代指标（辅助检查）判断、病情改善或进展评估、治疗方案调整、生命质量评估等。替代指标至少包括血常规、肝功能、HBV DNA、甲胎蛋白、上腹部 B 超等，根据病情需要合理增加其他辅助检查[如肾功能、血糖相关指标、血脂相关指标、HBV 血清学标志物、上腹部增强 CT/磁共振、肝硬度、HCC 危险分层评估指标或风险评估模型、异常凝血酶原等]。
- d) 应做好 HBV 感染者随访数据的管理，加强信息互联互通。应在符合信息安全与隐私保护法规的前提下，推进医疗机构间随访信息的授权共享，可利用信息化技术形成 HBV 感染者的病情变化趋势图与医学研究数据。信息数据处理应尊重患者、高危人群、或咨询者的主体地位，注重隐私保护，遵循医学伦理要求。

附录 A

(资料性)

慢性乙型肝炎病毒感染者疾病分类示意图

慢性乙型肝炎病毒感染者疾病分类示意图见图A.1。



图A.1 慢性 HBV 感染者疾病分类示意图

在无肝脏病理的情况下，宜对患者进行乙型肝炎疾病的分类，可包括以下步骤：

- 首先应对患者进行 HBV 血清学标志物检测，判断是否为 HBV 感染，并判断 HBeAg 阳性（俗称为“大三阳”）或阴性（俗称为“小三阳”）；
- 然后应对患者进行肝功能 ALT 等指标的检测，判断患者的肝功能是否异常；
- 然后应对患者进行血清 HBV DNA 检测；
- 最后应判断患者所处的疾病状态（如是否为携带状态或乙型肝炎，是否为肝硬化，是否为 HCC，等）。

可通过 ALT、HBeAg 和 HBV DNA 等检测结果进行分类：检测结果为 ALT 持续正常的慢性 HBV 感染者，为不治疗人群，但不治疗人群亦可转为治疗人群，因此也称为“灰区”人群。

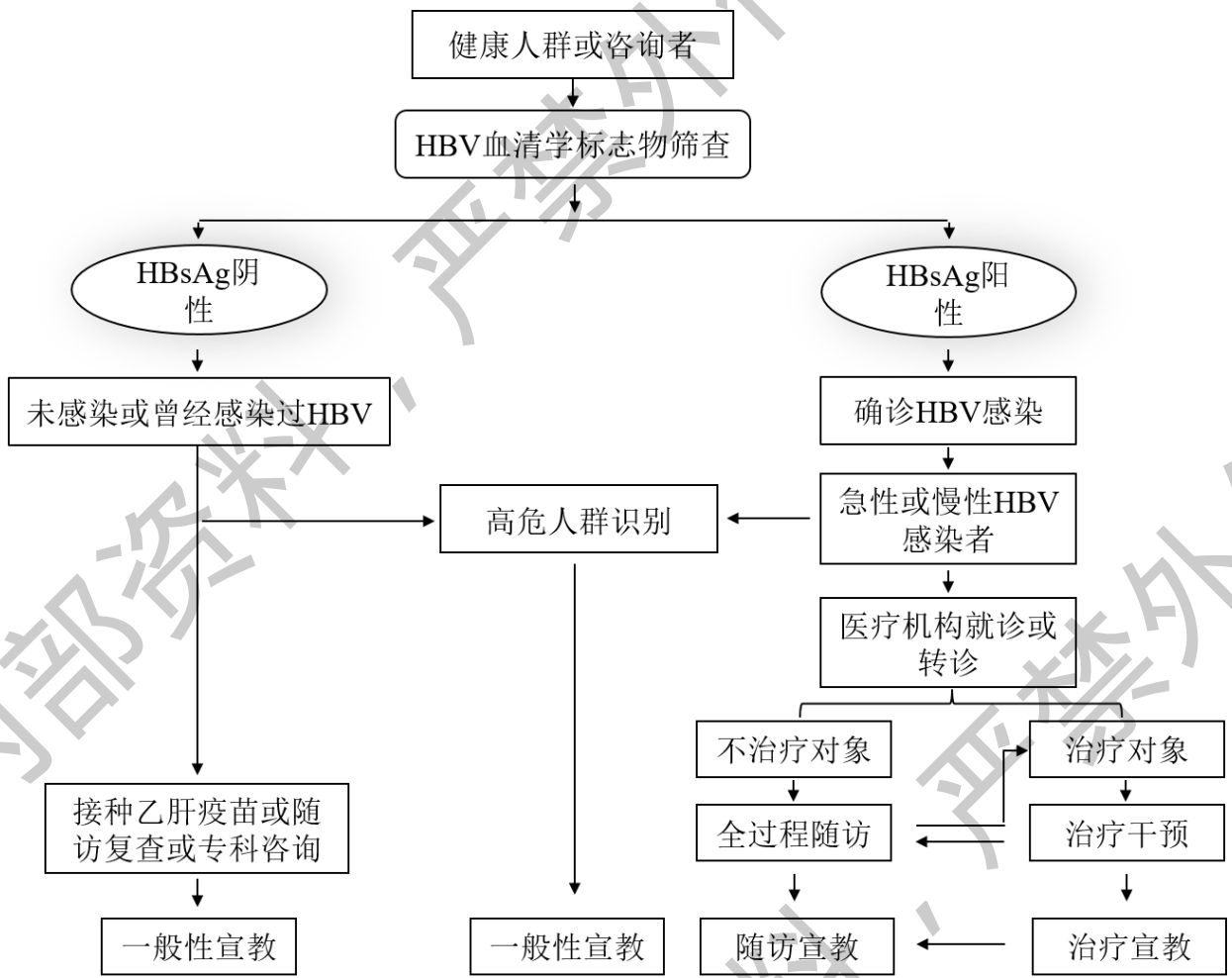
符合以下条件之一的患者应为治疗人群：

- 无论 ALT 水平高低，血清 HBV DNA 为阳性且符合下列条件之一：
 - 年龄大于 30 周岁；
 - 终末期肝病（肝硬化、HCC、肝衰竭等）；
 - 有肝硬化/HCC 家族史；
 - 有 HBV 相关肝外表现；
 - 无创指标或其他检查提示存在明显炎症或肝纤维化。
- ALT 水平升高且血清 HBV DNA 阳性。

附录 B
(资料性)

乙型肝炎健康促进工作流程示意图

乙型肝炎健康促进工作流程示意图见图B.1。



图B.1 乙型肝炎健康促工作进流程示意图

附录 C
(资料性)

乙型肝炎健康宣教流程图

乙型肝炎健康宣教流程图见图C.1。



图C.1 乙型肝炎健康宣教流程图

附录 D
(资料性)

乙型肝炎健康宣教满意度测评表

乙型肝炎健康宣教满意度测评表见表D.1。

表D.1 乙型肝炎健康宣教满意度测评表

宣教人(组织):

宣教地点(场所):

宣教主题:

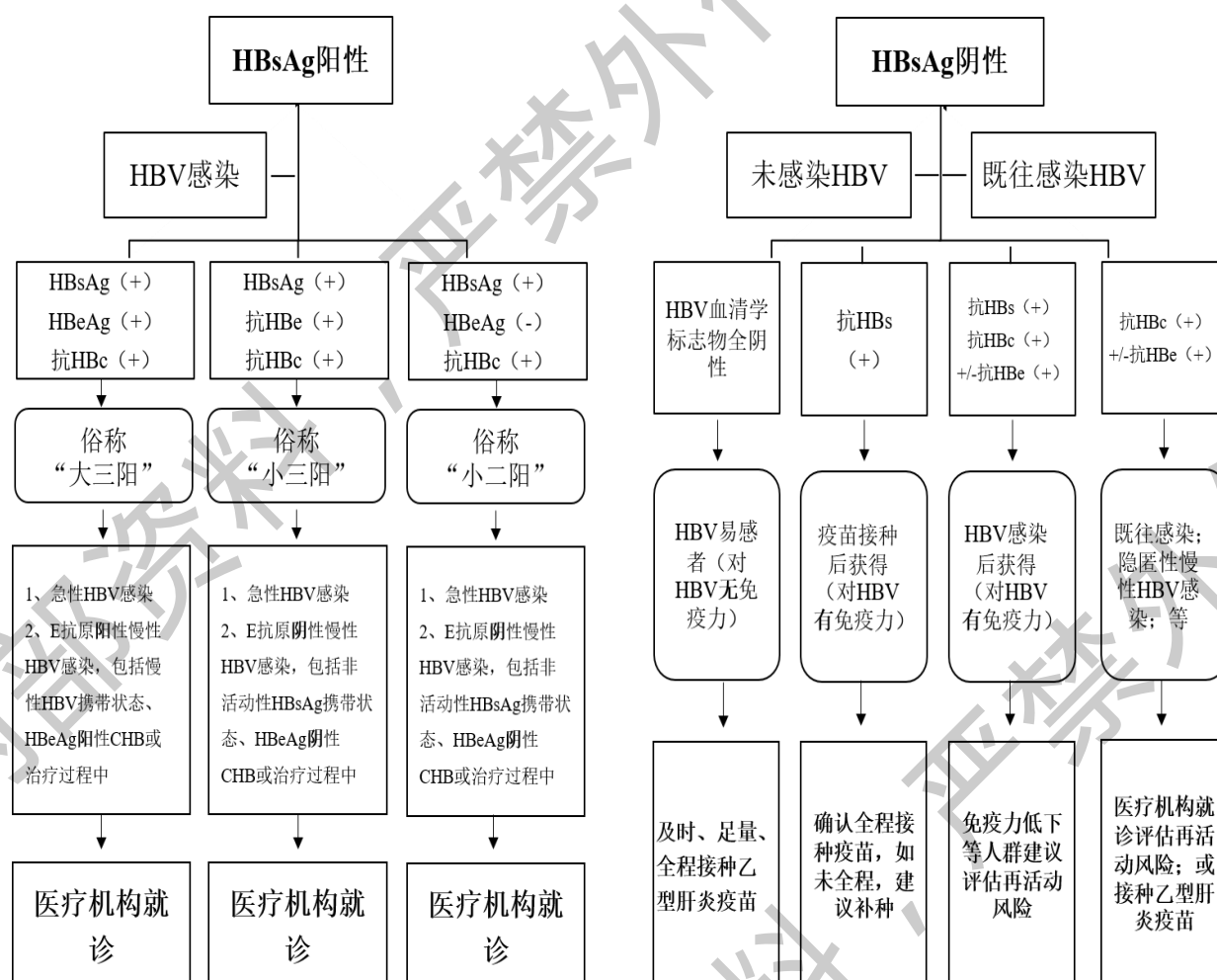
宣教(测评)时间: 年 月 日

总体情况评价					
您对本次慢性乙型肝炎健康宣教的总体感觉		评分标准			
		很满意 (3分)	满意 (2分)	一般 (1分)	不满意 (0分)
单项情况评价					
序号	评价项目	评分标准			
		很满意 (3分)	满意 (2分)	一般 (1分)	不满意 (0分)
1	您对本次健康宣教选题(主题)满意吗?				
2	您对本次健康宣教采用的形式满意吗?				
3	您对本次健康宣教老师的表现满意吗?				
4	您对本次健康宣教的效果满意吗?				
5	本次健康宣教中,您有满意的收获吗?				
6	本次健康宣教对您日后的健康管理有帮助吗?				
您对我们今后工作的意见或建议:					
注1: 满意度调查表分为总体情况评价和单项情况评价两个部分,每项分为四个等级,很满意、满意、一般、不满意; 注2: 计算总体情况评价和单项情况评价分值之和。优秀: 分值 ≥ 12.6 分, 满意率 $\geq 90\%$; 良好: 分值 < 12.6 分且 ≥ 11.2 分, 满意率 $< 90\%$ 且 $\geq 80\%$; 合格: 分值 < 11.2 分且 ≥ 8.4 分, 满意率 $< 80\%$ 且 $\geq 60\%$; 不合格: 分值 < 8.4 分, 满意率 $< 60\%$; 注3: 总体情况评价满意率评价健康宣教效果; 单项情况评价满意率作为健康宣教改进的依据。					

附录 E (资料性)

乙型肝炎病毒感染筛查结果判读与乙型肝炎疫苗接种示意图

乙型肝炎病毒感染筛查结果判读与乙型肝炎疫苗接种示意图见图E.1



图E.1 HBV 感染筛查结果判读与乙型肝炎疫苗接种示意图

注：HBV血清学标志物包括乙型肝炎表面抗原（HBsAg）、乙型肝炎表面抗体（抗-HBs）、乙型肝炎E抗原（HBeAg）、乙型肝炎E抗体（抗-HBe）、乙型肝炎核心抗体（抗-HBc），按照排列组合会有多种形式，本图仅列出临床常见的几种形式。

参 考 文 献

- [1] 《“健康中国2030”规划纲要》,2016年10月25日发布
- [2] 中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法,2019年12月28日,2020年6月1日实施
- [3] 中华人民共和国传染病防治法,2025年4月30日通过,2025年9月1日起施行
- [4] 《国民健康“十五五”规划》国发〔2026〕23号
- [5] 《医疗机构传染病防控责任清单》〔国疾控传防发〔2023〕21号〕
- [6] 《中国防治病毒性肝炎行动计划（2025—2030年）》〔国疾控传防发〔2025〕13号〕
- [7] DB52/T 1681—2022 慢性丙型肝炎健康教育规范
- [8] 中华医学会肝病学分会,中华医学会感染病学分会.慢性乙型肝炎防治指南(2022年版).中华临床感染病杂志,2022,15(6):401-427
- [9] 中华人民共和国国家卫生健康委员会.原发性肝癌诊疗指南（2026年版）.中华外科杂志,2026,64(6):549-580
- [10] 中华预防医学会感染性疾病防控分会,中华预防医学会促进消除病毒性肝炎工作委员会.成人乙型肝炎病毒感染筛查、检测及管理专家建议.中华肝脏病杂志,2024,32(8):718-725
- [11] 中华预防医学会促进消除病毒性肝炎工作委员会,中华预防医学会感染性疾病防控分会.成人乙型肝炎疫苗接种专家建议.中华肝脏病杂志,2024,32(8):712-717
- [12] 中国医师协会感染科医师分会,国家感染性疾病临床医学研究中心.乙型肝炎全人群管理专家共识（2023）.中华临床感染病杂志,2024,17(1):1-13
- [13] 中华医学会肝病学分会.肝硬化临床诊治管理指南（2025版）.中华肝脏病杂志,2025,33(10):958-976
- [14] 共识编写专家委员会.乙型肝炎病毒感染者医疗机构内管理流程专家共识.中华肝脏病杂志,2026,34(1):26-31