

2026 대한간학회 만성 B형간염
진료 가이드라인 기반

만성 B형간염
진료가이드라인 개정 길라잡이 -
무엇이, 왜 바뀌었나?

HBV DNA 역가 기반 치료 패러다임으로의 전환

의료진을 위한 통합 안내서

대한간학회 The Korean Association for the Study of the Liver

한국간재단 Korean Liver Foundation

가이드라인 바로가기

스마트폰으로 QR 코드를 스캔하면
2026 대한간학회 만성 B형간염
진료 가이드라인 전문을 확인할 수
있습니다.

발행 | 대한간학회 홍보위원회 · 한국간재단 · 2026

만성 B형간염
진료가이드라인
개정 길라잡이

무엇이, **왜** 바뀌었나?

목 차

제1부. **2026 개정 핵심 요약** 03

제2부. **진단 및 모니터링 알고리즘** 05

제3부. **치료 적응증 및 약제 선택** 07

제4부. **특수 상황에서의 치료** 09

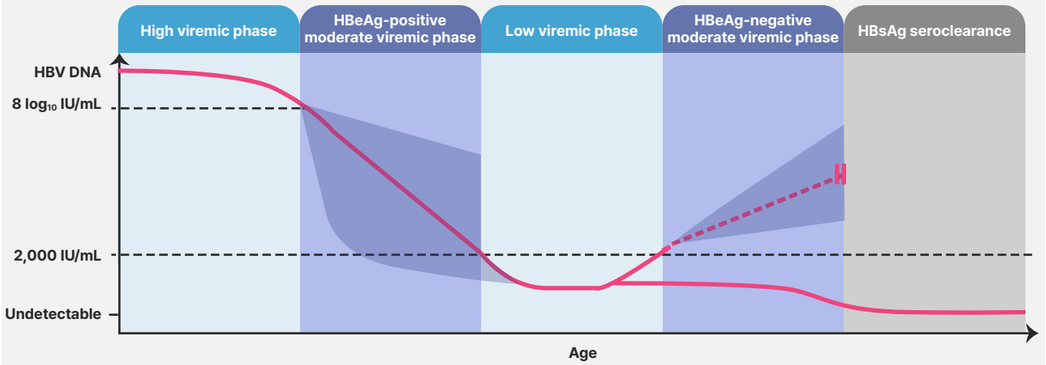
제5부. **진료실 다빈도 Q&A** 12

2026 개정 핵심 요약

2026년 만성 B형간염 가이드라인의 가장 큰 변화는 자연 경과 및 항바이러스 치료 판단 기준을 'ALT 상승을 동반한 면역활동기 중심'에서 **'바이러스 역가 기반의 간질환 진행 및 간암 발생 위험 중심'으로 재구성**한 것입니다. 혈청 ALT가 간질환 진행·간암 위험을 예측하는 데 불완전한 지표이고, 약 30%에 이르는 환자가 기존 4단계 면역학적 분류로 설명되지 않는 '회색지대'에 해당한다는 문제의식에 근거합니다.

임상적으로 가장 중요한 변화는 **중등도바이러스혈증(HBV DNA 2,000 IU/mL 이상, 8 log_{10} IU/mL 이하) 환자를 ALT와 무관하게 치료 권고 대상**으로 본 점입니다. 이는 만성 B형간염을 염증성 간질환으로 보던 관점에서 벗어나 바이러스 양을 선제적으로 통제하여 예후를 개선하려는 전환입니다(Figure 1).

Figure 1. 바이러스 역가 기반 만성 B형간염 자연경과



Phase	High viremic	HBeAg(+) moderate viremic	Low viremic	HBeAg(−) moderate viremic	HBsAg seroclearance
HBsAg	Positive	Positive	Positive	Positive	Negative
HBeAg	Positive	Positive	Negative	Negative	Negative
cccDNA	+++++	+++++	++	+++	+
ALT levels	Normal or elevated	Elevated or normal	Normal or elevated	Elevated or normal	Normal or elevated
Liver histology (necroinflammation)	Minimal	Moderate/severe	Minimal	Moderate/severe	None/minimal
Liver histology (Fibrosis)	Minimal	Variable degree (progressing)	Variable degree	Variable degree (progressing)	Variable degree (sequelae)
HCC risk	Low	High	Low	High	Very low

1. 자연경과 분류와 치료 대상 — 개정의 핵심 축

항목	이전 가이드라인	2026년 가이드라인
자연경과 분류	면역학적 자연경과 분류: 면역관용기, HBeAg 양성/음성 면역활동기, 면역비활동기, HBsAg 소실기	**바이러스 역가 기반 분류로 전환:** **고바이러스혈증(>8 log_{10} IU/mL),** **중등도바이러스혈증** **(2,000–8 log_{10} IU/mL),** **저바이러스혈증(<2,000 IU/mL)**
치료 대상 결정	ALT + HBeAg + HBV DNA 조합으로 결정	**HBV DNA 역가를 축으로 결정** **(ALT 정상이어도 치료 대상 가능)**
고바이러스혈증 (구 면역관용기)	HBeAg(+), HBV DNA ≥7 log_{10} IU/mL, ALT 정상, 염증·섬유화 없으면 모니터링(B1)	**HBV DNA >8 log_{10} IU/mL에서** **① 30세 초과** **② 간수치 상승** **③ 의미있는 간섬유화 중 하나라도** **있으면 치료 고려, 없으면 경과관찰(B1)**
중등도바이러스혈증 (구 면역활동기)	HBV DNA ≥20,000 IU/mL(HBeAg+) 또는 ≥2,000 IU/mL(HBeAg−) AND ALT ≥2 × ULN이면 치료(A1)	**HBeAg 상태·ALT와 무관하게** **HBV DNA 2,000–8 log_{10} IU/mL이면** **항바이러스 치료 시작(B1)**
저바이러스혈증 (구 면역비활동기)	HBV DNA <2,000 IU/mL + ALT 정상 + 유의한 간섬유화 없으면 치료 대상 아님(B1)	**간경변증 동반 여부를 먼저 평가.** **없으면 경과관찰, ALT 상승 시** **다른 원인 감별(B1)**



진단 및 모니터링 알고리즘

2026 대한간학회 만성 B형간염 진료 가이드라인 · Quick Reference Guide

1. 만성 B형간염 진단 기준

- ☑ 혈청 **HBsAg**이 **6개월 이상 양성**이거나,
- ☑ **HBsAg 양성**이면서 **IgG anti-HBc 양성**인 경우

2. 혈청검사 패턴별 해석

HBsAg	anti-HBs	anti-HBc	IgM anti-HBc	해석
+	–	+	+	**급성 HBV 감염**
+	–	+	– 또는 낮은 양성	**만성 HBV 감염; 낮은 IgM 양성 시 급성 악화 가능**
–	–	+	+	**Window period**
–	+	+	–	**과거 HBV 감염 후 회복**
–	+	–	–	**예방접종에 의한 면역**
–	–	+	–	**Isolated anti-HBc: 과거 감염, 위양성 또는 잠복 HBV 감염**
–	–	–	–	**감염 및 면역의 증거 없음**

3. 초기 평가

필수 검사

검사 항목	권고사항
병력 및 신체검사	중복감염, 동반질환, 음주력, 임신, 약물 복용력, HBV 감염 및 간암 가족력 확인
HBV DNA 정량검사	바이러스 증식 정도를 직접 측정
생화학 검사	CBC, AST/ALT, ALP, GGT, bilirubin, albumin, creatinine, PT (ALT 정상 상한: 남 34, 여 30 U/L)
HBeAg / anti-HBe	활발한 바이러스 증식과 감염력 평가
Serum AFP	간세포암종 여부 평가
간초음파	간경변증 및 간암 유무 확인
비침습적 간섬유화검사	간섬유화 평가 → 치료 결정 및 예후 예측

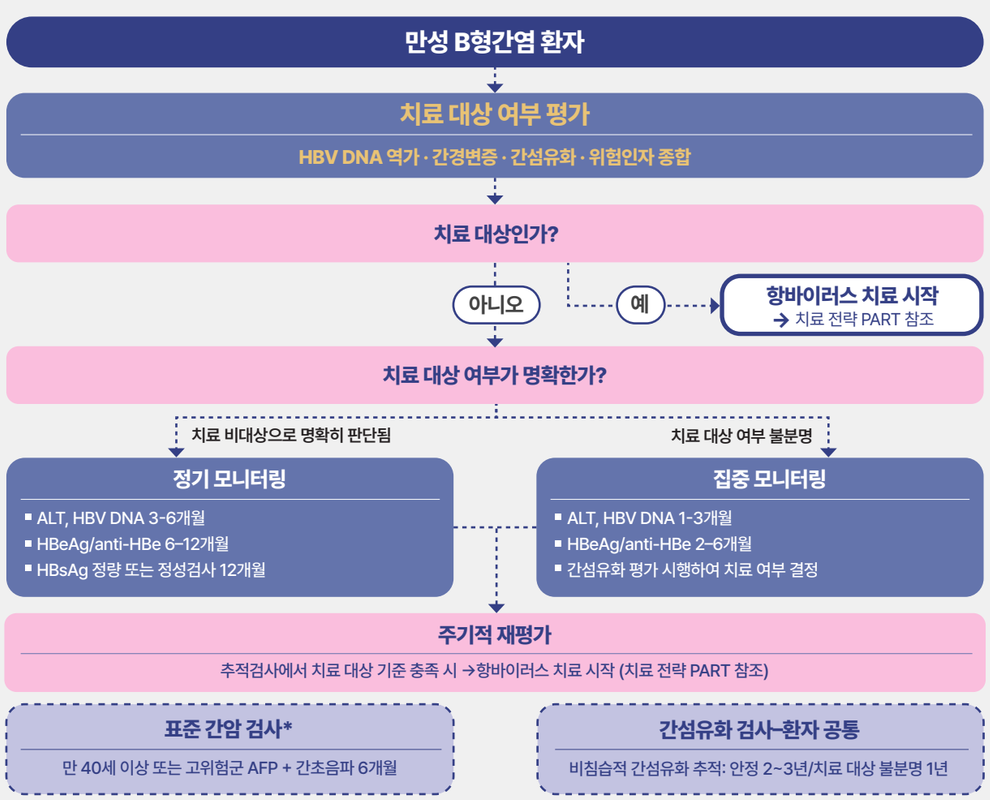
선택 검사

검사 항목	권고사항
HBsAg 정량검사	자연경과 변화, 간암 위험도, HBsAg 혈청소실 가능성 및 치료 종료 가능 환자 예측
IgG anti-HAV	항체 없으면 A형간염 백신 접종 추천
anti-HCV, anti-HIV, anti-HDV (또는 HDV RNA)	중복감염 평가
Liver protocol CT / MRI	초음파로 간경변·간암 평가가 어려운 경우
간생검	간내 염증괴사 및 섬유화 정도를 직접 평가
새로운 표지자 (HBcrAg, HBV RNA, anti-HBc 정량)	예후예측, 추가 연구 필요

4. 치료 비대상자의 모니터링

치료하지 않는 환자도 치료 대상으로 전환될 수 있으므로 정기적 추적이 필요합니다.

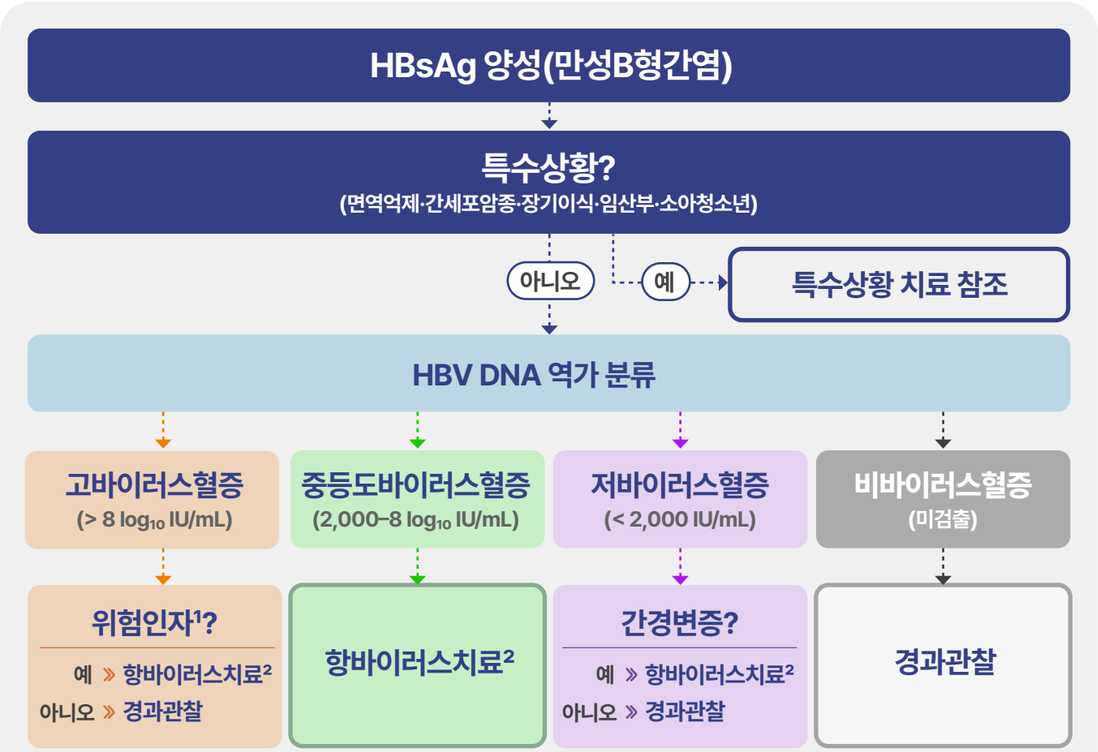
- **ALT · HBV DNA:** 3–6개월 간격(치료 여부 불분명 시 1–3개월로 단축 또는 간섬유화 재평가).
- **HBeAg / anti-HBe:** 6–12개월 간격. HBsAg은 연 1회 확인 가능.
- **40세 이상 또는 간경변증 등 간암 고위험군:** 간초음파와 AFP를 6개월마다 시행.



* HBsAg이 소실된 환자라도 간경변증·간암 가족력이 있는 경우, HBsAg 소실 시점이 남성 40세·여성 50세 이상일 경우 감시 검사 지속

치료 적응증 및 약제 선택

1. 치료 적응증 (2026 대한간학회 만성B형 간염 가이드라인 Figure 2)



[1] 위험인자: ALT > 정상 상한, 30세 초과, 또는 의미 있는 간섬유화(≥ F2).
[2] 항바이러스치료는 표준 1차 치료제인 경구 Nucleos(t)ide analogue(NA)를 의미함.

핵심 원칙

- **HBV DNA 역가**를 축으로 치료 대상을 판단**(ALT 정상이어도 치료 대상 가능).**
- 중등도바이러스혈증은 간질환 진행·간암 최고위험군 → **위험인자 없어도 치료 시작.**
- 간경변증 동반 시 HBV DNA 검출되면 **즉시 치료.**



주의:
본 가이드라인 치료 대상은
현 건강보험 급여 기준보다 넓음
→ 실제 처방 전 급여 기준 확인 필요.

2. 약제 선택 (Table 5 요약)

1차 치료제:

테노포비어AF(TAF) · 테노포비어DF(TDF) · 엔테카비어(ETV) · 베시포비어(BSV)

약제	용량 · 복용법	골대사 질환	신기능 이상	임산부 (임신·준비)	이전 약제 경험(내성)
테노포비어 AF (TAF)	25 mg 1일 1회 식사 무관	✓ 권장	✓ 권장	✓ 권장	✓ 권장
테노포비어 DF (TDF)	300 mg 1일 1회 식사 무관	✗ 권장 안 함	✗ 권장 안 함	✓ 권장	✓ 권장
엔테카비어 (ETV)	0.5 mg 1일 1회 공복 복용	✓ 권장	✓ 권장	✗ 권장 안 함	✗ 권장 안 함
베시포비어 (BSV)	150 mg + L-카르니틴 550 mg 1일 1회, 식사 무관	✓ 권장	✓ 권장	✗ 권장 안 함	✗ 권장 안 함

동반 질환·상태별 선택 요약

- **신기능 이상 / 골대사질환(또는 위험인자):**
  TAF · ETV · BSV 선택. 신기능 저하 시 ETV · TDF · BSV는 eGFR 따라 용량조절,
  TAF는 조절 불필요(단, 투석하지 않는 경우 eGFR<15에서는 권장하지 않음).
- **라미부딘·아데포비어·텔비부딘 경험 혹은 내성:**
  TAF 또는 TDF 권장. 부득이하게 ETV 처방 시 1 mg 1일 1회로 처방.
- **임신 준비 중 / 임산부:** TAF 또는 TDF (상세 관리는 Part 4 특수 상황 참조).

1차에서 제외된 약제 (저유전자장벽 · 고내성)

- **라미부딘 · 텔비부딘 · 클레부딘 · 아데포비어**
  → 내성 발생률 높아 1차 치료제로 권고하지 않음.

특수 상황에서의 치료

1. 면역억제제 또는 항암화학요법 치료 환자

선별검사	치료 전 HBsAg·anti-HBc를 확인하고, 하나라도 양성이면 HBV DNA를 검사한다.
예방 대상	HBsAg 양성 또는 HBV DNA 검출 + 고위험·중등도 위험군 약제 사용 시, 치료 전 또는 동시에 예방적 항바이러스제를 시작한다(TAF·TDF·ETV 중 선택).
과거 감염 시	HBsAg 음성·anti-HBc 양성·HBV DNA 미검출은 약제 위험도별로 대응한다. **고위험군 → 예방적 치료** **중등도 → 감시 (HBsAg, HBV DNA 검사) 또는 예방적 치료 고려** **저위험군 → 감시 후 재활성화 시 선제치료**
유지·추적	요법 종료 후 6개월 이상(rituximab 등 B세포 고갈 약제는 12개월 이상) 유지하고, 이후 12개월간 HBV DNA를 추적한다.

2. 조혈모세포 이식 환자

선별검사	이식 전 HBsAg·anti-HBc·anti-HBs를 검사하고, HBsAg 또는 anti-HBc 양성이면 HBV DNA 정량검사를 진행한다.
백신	HBsAg·anti-HBs가 모두 음성인 혈액암 환자는 B형간염 백신을 접종하고 anti-HBs를 추적한다.
예방 대상	HBsAg 또는 HBV DNA 양성은 이식과 동시에 예방적 치료를 시작하며, HBsAg 음성·anti-HBc 양성·HBV DNA 미검출도 재활성화 위험이 높아 예방적 치료를 시행한다.
유지·약제	최소 12개월 유지하고, TAF·TDF·ETV를 우선 선택한다.

3. 간세포암종 환자

HBV DNA 양성	간암 치료 종류와 무관하게 항바이러스제를 투여한다.
HBsAg 양성·DNA 미검출	수술·TACE·방사선치료 중 재활성화 위험이 있어 예방적 투여를 고려한다.
과거 감염	TACE 등을 시행하면 재활성화를 면밀히 감시하고, 발생 시 항바이러스제를 투여한다.

4. 간 외 소견이 있는 환자

임상	HBV는 한랭글로불린혈증 혈관염, 사구체병증, 결절성다발동맥염 등 간 외 증상을 유발할 수 있다.
치료	항바이러스제가 필수이며, 특히 고용량 스테로이드·rituximab 등 면역억제제를 병행하면 증상 조절과 재활성화 예방을 위해 함께 투여한다.

5. 간이식 및 기타 고형장기 이식 환자

B형간염 환자(HBsAg 양성 수혜자)	
간이식(HBsAg 양성)	재발 방지를 위해 경구 항바이러스제(TAF·ETV·TDF)와 HBIG 병합요법을 권장한다. 저위험군은 HBIG를 생략하거나 단기간만 병용 후 경구 단독요법을 유지한다.
간 외 장기 (HBsAg/DNA 양성)	이식과 함께 예방적 치료를 시행한다.
B형간염 음성 환자(수혜자)	
선별검사	모든 고형장기 수혜자는 이식 전 HBsAg·anti-HBc·anti-HBs를 검사한다.
과거 감염 공여간 → 비감염 수혜자	HBV 면역 상태에 따른 재활성화 위험을 평가해 항바이러스 치료를 시행한다.
anti-HBc+ 간 외 장기	이식 후 HBsAg·HBV DNA를 정기 추적하고, 하나라도 양성이면 경구 항바이러스제를 시작한다.
HBsAg+ 공여자	
HBsAg+ 공여자	간이식은 경구 항바이러스제를 투여하고, 간 외 장기는 anti-HBs<100 mIU/mL이면 경구 항바이러스제+HBIG 병합을 고려한다.



6. 급성 B형간염 환자

원칙	성인 급성 B형간염은 대부분 자연 회복되어 통상적인 항바이러스 치료가 필요 없다.
중증 시	INR>1.5·심한 황달·간부전이면 즉시 항바이러스 치료를 시작하고, 임상경과에 따라 간이식을 고려한다.

7. 중복감염 환자군

HCV	HCV RNA 양성이면 C형간염 치료를 시작하고, B형간염 치료 기준을 충족하면 함께 치료한다. DAA 치료 중·후 ALT·HBV DNA를 정기 검사해 재활성화를 감시하며, HBsAg 음성·anti-HBc 양성에서 ALT 상승 시 HBsAg·HBV DNA를 확인한다.
HIV	항레트로바이러스요법은 테노포비어 포함 약제를 사용한다
HDV	HBV DNA가 낮은데 ALT가 상승하고 원인이 불명확하면 anti-HDV 또는 HDV RNA로 동시감염을 확인한다. 치료 대상이거나 비대상성 간경변이면 항바이러스제 투여를 고려하고, 대상성 간질환은 페그인터페론 알파 또는 bulevirtide를 고려한다.

8. 임산부, 수유부 또는 임신을 준비 중인 환자

약제	일반 원칙에 따라 결정하되 TDF 또는 TAF를 1차로 권장한다. 그 외 약제 복용 중 임신을 준비하거나 임신이 확인되면 TDF 또는 TAF로 변경한다.
수유	항바이러스 치료를 받지 않는 임산부는 출산 후 모유 수유를 제한하지 않는다.
수직감염 예방	HBV DNA ≥ 200,000 IU/mL이면 임신 중 치료하며, 28주 이전 시작이 이상적이고 대개 24~32주에 시작해 출산 후 2~12주까지 투여한다.

9. 소아청소년 환자

치료 고려	HBV DNA ≥ 2,000 IU/mL이면서 6개월 이상 ALT 상승 또는 의미 있는 간섬유화가 동반되면 항바이러스 치료를 고려할 수 있다.
간경변 동반	HBV DNA가 검출되면 항바이러스 치료를 시행하며, 약제는 TAF·TDF·ETV 또는 페그인터페론알파를 사용한다.
내성	발생 시 성인 약제 내성 치료 가이드라인에 따라 대응한다.

진료실 다빈도 Q&A

2026 개정 만성 B형간염 진료 가이드라인의 핵심은
HBV DNA 역가 기반 분류와 중등도바이러스혈증 치료 적응증 확대입니다.
개원의가 진료 현장에서 가장 헷갈려하는 지점을 중심으로 정리했습니다.

Q1. 면역관용기·면역비활동기 같은 기존 용어를 이제 쓰지 않나요?

2026 가이드라인은 면역학적 자연경과(immune tolerant/active 등) 중심 분류에서 **HBV DNA 역가 기반 분류(저·중등도·고 바이러스혈증)**로 핵심 축을 전환했습니다. 기존 환자의 약 30%가 4단계 면역학적 분류에 부합하지 않는 '회색지대' 문제를 해소하기 위함입니다. 기존 용어가 완전히 폐기되는 것은 아니나, **치료 의사결정의 기준은 바이러스 역가와 위험인자**로 이동했습니다.

Q2. ALT가 정상이면 치료하지 않아도 되나요?

아닙니다. **ALT는 더 이상 치료 여부의 단독 관문이 아닙니다.** 정상 ALT 환자라도 간생검 시 약 37%에서 유의한 간손상·염증이 확인되었습니다. 치료 적응증은 **HBV DNA 역가 + 위험인자(간경변 포함)**로 판단하며, ALT 정상이더라도 중등도바이러스혈증·간경변 등에 해당하면 치료 대상입니다.

Q3. 역가가 더 높은 '고바이러스혈증'은 모니터링인데, 더 낮은 '중등도'를 즉시 치료하는 이유는?

직관과 달리, **간암 위험이 가장 높은 구간은 고바이러스혈증이 아니라 중등도바이러스혈증 (2,000~<8 $\log_{10}$ IU/mL)**입니다. 이 구간은 HBeAg 유무와 무관하게 활발한 간손상·발암 과정이 진행되는 반면, 고바이러스혈증(구 면역관용기 포함)은 상대적으로 간손상이 적은 시기가 많습니다. 따라서 **중등도는 즉시 치료, 고바이러스혈증은 위험인자 동반 시에만 치료**하는 구조입니다.

Q4. 고바이러스혈증에서 '위험인자'는 구체적으로 무엇인가요?

가이드라인 치료 알고리즘 기준 **나이 30세 초과, ALT 정상 상한 초과, 의미 있는 섬유화(≥ F2)**입니다.
고바이러스혈증(간경변 없음)에서 이들 중 하나라도 있으면 **치료 고려**, 없으면 모니터링합니다.

Q5. '회색지대(gray zone)' 환자는 어떻게 분류·관리하며, 현행 급여기준으로 치료가 가능한가요?

회색지대의 상당수는 새 기준에서 **중등도바이러스혈증으로 재분류되어 가이드라인상 치료 대상**이 됩니다. 다만 **가이드라인 권고와 현행 건강보험 급여기준 사이에는 괴리가 존재**하므로 실제 처방 시 유의가 필요합니다. 특히 **ALT가 정상~경도인 회색지대 환자는 현행 급여기준상 항바이러스 치료가 인정되지 않을 수 있습니다.**

구분	내용
가이드라인	HBV DNA 역가(중등도)·위험인자 중심 → ALT 정상이어도 조기 치료 권고
현행 급여기준 (만성간염)	다음 ①·②**를 모두 충족** 시 급여 인정 (TAF·TDF·ETV·BSV) ① **HBV DNA :** HBeAg(+) ≥ 20,000 IU/mL / HBeAg(−) ≥ 2,000 IU/mL ② **AST 또는 ALT ≥ 80 IU/L**, 또는 AST/ALT 40~80 IU/L이면서 간생검(간생검이 곤란할 경우 간섬유화검사(Liver Fibroscan), 자기공명 탄성도 검사(Magnetic Resonance Elastography))상 중등도 이상 염증괴사(≥ A2) 또는 문맥주변부 섬유화 이상(≥ F2) → 회색지대(중등도 역가 + ALT 정상~경도, 간생검 미시행)는 ② 미충족으로 급여 치료 불가
예외 (간경변)	간경변은 만성간염과 **별도의 완화된 급여기준** 적용(ALT 조건 완화) → 회색지대 여부와 무관하게 치료 가능 (세부 기준은 고시 확인)

Q6. 가이드라인 권고와 건강보험 급여기준이 다를 때는 어떻게 처방하나요?

중등도바이러스혈증 조기 치료 등 **권고 범위와 현행 급여 인정 기준 사이에 괴리가 있을 수 있으므로,** 처방 전 최신 급여기준 확인이 필요합니다. 급여 기준을 벗어나는 경우 환자에게 비급여 가능성·향후 급여 확대 전망을 함께 설명하는 것이 바람직합니다.

Q7. 기존에 추적관찰만 하던 환자, 새 기준으로 재평가해야 하나요?

예. 면역관용기·회색지대로 분류해 추적만 하던 환자를 **HBV DNA 역가 기준으로 재평가**하면 상당수가 치료 대상으로 전환될 수 있습니다. 차기 내원 시 재분류를 권장합니다.

Q8. HBsAg 양성 환자의 초진과 추적검사는 어떻게 하나요?

처음 평가할 때에는 HBeAg/anti-HBe, HBV DNA 정량검사와 함께 CBC, AST/ALT, bilirubin, albumin, creatinine, PT/INR, AFP, 간초음파 및 비침습적 간섬유화검사를 시행합니다. 추가적으로 IgG anti-HAV와 anti-HCV를 확인하고, 위험요인이 있으면 HIV 및 HDV 동반감염도 평가합니다.

치료하지 않는 환자도 치료 대상으로 전환될 수 있으므로 ALT와 HBV DNA를 3–6개월마다 확인합니다. 치료 여부가 불분명하면 1–3개월 간격으로 단축하거나 간섬유화를 재평가합니다. HBeAg/anti-HBe는 6–12개월, HBsAg은 연 1회 확인할 수 있습니다. 40세 이상 또는 간경변증 등 간암 고위험군에서는 간초음파와 AFP를 6개월마다 시행합니다.

Q9. 항바이러스제로 HBV DNA가 잘 억제되고 있어도 약제를 변경해야 하나요?

바이러스 억제가 잘 유지되고 부작용이 없다면 일률적인 약제 변경은 필요하지 않습니다. 다만 다음 상황에서는 변경을 고려합니다.

- **테노포비어DF 투여 중 신기능 저하, 저인산혈증, 골밀도 감소가 발생하거나 그 위험이 높은 경우:** 테노포비어AF, 엔테카비어 또는 베시포비어로 변경을 고려합니다.
- **임신을 준비하거나 임신한 경우:** 테노포비어DF 또는 테노포비어AF로 변경을 고려합니다.
- **라미부딘, 아데포비어, 텔비부딘 사용력이 있는 경우:** 엔테카비어보다는 테노포비어AF 또는 테노포비어DF가 우선됩니다.
- **HBV DNA가 다시 증가하거나 부분 바이러스반응이 지속되는 경우:** 먼저 복약순응도를 확인하고, 내성 또는 치료 실패가 의심되면 테노포비어 기반 전환을 고려합니다.

Q10. 스테로이드, 면역억제제 또는 항암치료를 시작할 때 무엇을 확인해야 하나요?

치료 시작 전에 모든 환자에서 HBsAg과 anti-HBc를 검사하고, 둘 중 하나라도 양성이면 HBV DNA를 추가로 확인합니다.

HBsAg 양성이거나 HBV DNA가 검출되는 환자가 재활성화 고위험 또는 중등도 위험 치료를 받을 경우에는 면역억제, 항암치료 시작 전 또는 동시에 예방적 항바이러스 치료를 시작합니다. HBsAg은 음성이지만 anti-HBc가 양성인 과거 감염자도 rituximab 등 B세포 제거 치료, 조혈모세포이식과 같은 고위험 상황에서는 예방적 치료가 필요합니다.

만성 B형간염

진료가이드라인 개정 길라잡이 -



무엇이, 왜 바뀌었나?