

BMJ Best Practice

Viêm thanh quản

Thông tin lâm sàng chính xác ngay tại nơi cần thiết



Cập nhật lần cuối: Mar 28, 2018

Mục Lục

Tóm tắt	3
Thông tin cơ bản	4
Định nghĩa	4
Dịch tễ học	4
Bệnh căn học	4
Sinh lý bệnh học	5
Phân loại	5
Phòng ngừa	7
Ngăn ngừa sơ cấp	7
Ngăn ngừa thứ cấp	7
Chẩn đoán	8
Tiền sử ca bệnh	8
Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước	8
Các yếu tố nguy cơ	11
Các yếu tố về tiền sử và thăm khám	12
Xét nghiệm chẩn đoán	14
Chẩn đoán khác biệt	16
Điều trị	17
Cách tiếp cận điều trị từng bước	17
Tổng quan về các chi tiết điều trị	19
Các lựa chọn điều trị	21
Liên lạc theo dõi	30
Khuyến nghị	30
Các biến chứng	30
Tiền lượng	31
Hướng dẫn	32
Hướng dẫn chẩn đoán	32
Hướng dẫn điều trị	32
Nguồn trợ giúp trực tuyến	33
Điểm số bằng chứng	34
Tài liệu tham khảo	35
Hình ảnh	37
Tuyên bố miễn trách nhiệm	39

Tóm tắt

- ♦ Viêm thanh quản là tình trạng thanh quản bị viêm và có thể gây phù nề dây thanh âm thực. Các nguyên nhân gây bệnh có thể là do nhiễm trùng hoặc không do nhiễm trùng (ví dụ: căng dây thanh, do trào ngược, do bị kích ứng trong thời gian dài).
- ♦ Bệnh này thường dễ chẩn đoán về mặt lâm sàng.
- ♦ Các triệu chứng bệnh cấp tính, thường gặp nhất là khàn giọng, thường phát sinh trong thời gian là <7 ngày, và thường theo sau các nhiễm trùng đường hô hấp trên (URI) do vi-rút. Các triệu chứng này thường sẽ tự khỏi. Bệnh nhân có thể biểu hiện của chèn ép đường thở và sốt cao. Viêm a-mi-dan chảy mủ kèm sốt và viêm hạch bạch huyết trước cổ là những dấu hiệu cho gợi ý cao cho thấy bệnh do vi khuẩn gây ra.
- ♦ Trước tiên cần đánh giá đường thở. Thận trọng và kịp thời là những yếu tố then chốt vì có thể giúp cứu sống bệnh nhân.
- ♦ Viêm thanh quản mạn tính biểu hiện là khàn giọng kéo dài >3 tuần. Cần tiến hành đánh giá thật kỹ lưỡng và hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa, bởi các triệu chứng khá giống với bệnh thanh quản ác tính.
- ♦ Điều trị bệnh viêm thanh quản do vi-rút bao gồm hạn chế nói và bù dịch. Đối với những nguyên nhân do vi khuẩn, bệnh nhân có thể dùng thuốc kháng sinh kết hợp với các biện pháp hỗ trợ. Điều trị tình trạng căng dây thanh bằng liệu pháp điều chỉnh giọng nói và vệ sinh dây thanh.

Định nghĩa

Viêm thanh quản có nghĩa là thanh quản bị viêm. Tình trạng này có thể dẫn đến phù nề dây thanh âm thực, gây khàn giọng. Viêm thanh quản có thể biểu hiện dưới dạng cấp tính hoặc mạn tính, nhiễm trùng hoặc không nhiễm trùng. Những triệu chứng thực thể đi kèm bệnh viêm thanh quản nhiễm trùng bao gồm nuốt đau, ho, sốt, và suy hô hấp. Thể bệnh thường gặp nhất là viêm thanh quản cấp tính do vi-rút, thể này sẽ tự khỏi và thường liên quan đến tình trạng nhiễm trùng đường hô hấp trên. Viêm thanh quản do vi khuẩn có thể đe dọa tính mạng. *Haemophilus influenzae* là một trong những loại vi khuẩn thường được phân lập nhất. Những nguyên nhân khác bao gồm bệnh lao (TB), bệnh bạch hầu, giang mai và nấm. Các nguyên nhân gây bệnh viêm thanh quản không nhiễm trùng bao gồm trào ngược thực quản, căng dây thanh và thanh quản bị kích ứng trong thời gian dài.

Dịch tễ học

Rất khó thu thập được số liệu chính xác liên quan đến chứng viêm thanh quản cấp tính, bởi thường bệnh này không được ai báo cáo. Tại Hoa Kỳ, bệnh đau họng chiếm 1% đến 2% số lần bệnh nhân đến thăm khám bác sĩ chăm sóc ban đầu. Con số này tương đương khoảng 7,3 triệu lần thăm khám hàng năm đối với trẻ em và 6,7 triệu đối với người lớn.[1] Học viện đa khoa Hoàng gia Anh Quốc báo cáo rằng trong giai đoạn từ 1999 đến 2005, tỉ lệ bệnh nhân mắc bệnh viêm thanh quản trung bình cao nhất là 23/100.000 người mỗi tuần, ở mọi lứa tuổi.[2]

Tác nhân vi-rút có xu hướng lưu hành cực điểm vào một số thời điểm trong năm, chẳng hạn như nhiễm rhinovirus vào mùa thu hoặc mùa xuân, và dịch nhiễm vi-rút cúm thường từ tháng 12 đến tháng 4. Tình trạng viêm thanh quản có thể xảy ra do viêm thanh khí phế quản cấp hoặc viêm nắp thanh thiệt. Tỉ lệ mắc mới bệnh viêm nắp thanh thiệt tại Hoa Kỳ được ghi nhận đã sụt giảm trong khoảng thời gian từ 1980 đến 1990. Lý do có những thay đổi về dịch tễ đó là do đã xuất hiện vắc-xin *Haemophilus influenzae* tuýp B (Hib).[3] Bệnh bạch hầu hiếm khi xảy ra ở những quốc gia phát triển, nhưng vẫn có thể gây nhiễm trẻ em và người lớn bị suy giảm miễn dịch hoặc không được tiêm vắc-xin. Trên toàn thế giới, bệnh bạch hầu vẫn là bệnh đặc hữu ở các khu vực như Caribe và Châu Mỹ Latinh.[4] Trước đây, chứng viêm thanh quản do bệnh lao là di chứng của bệnh lao phổi, nhưng gần đây có nhiều trường hợp mắc phải mà không bị tổn thương phổi. Lao thanh quản là bệnh thanh quản dạng u hạt thường gặp nhất. Ở những quốc gia phát triển, bệnh lao hiện là loại bệnh phổ biến nhất ở viện dưỡng lão, ở những người di cư từ những vùng lưu hành dịch (chẳng hạn như Trung Quốc và Ấn Độ) và do nhiễm HIV. Khoảng 8 triệu người trên toàn thế giới đồng nhiễm HIV và bệnh lao, phần lớn trong số đó sống tại châu Phi hạ Sahara, tiểu lục địa Ấn Độ và Đông Nam Á. Bệnh nấm candida thanh quản thường gặp hơn ở những bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch, cũng như những bệnh nhân có hệ miễn dịch bình thường nhưng đang dùng corticosteroid đường hít hoặc liệu trình kháng sinh kéo dài.[5]

Cả tình trạng viêm thanh quản cấp tính và mạn tính đều có thể do dây thanh âm bị chấn thương do bị sử dụng quá mức và/hoặc do phơi nhiễm với các tác nhân gây kích thích trong môi trường hoặc chất độc hại, cũng như các dị nguyên.

Bệnh căn học

Viêm thanh quản nhiễm trùng có thể là do nhiễm vi-rút, vi khuẩn hoặc nấm.

Nhiễm vi-rút:

- Thường thì đây là nguyên nhân gây viêm thanh quản nhiễm trùng thường gặp nhất
- Rhinovirus là loại vi-rút thường gặp nhất do liên quan về mặt căn bệnh học với các nhiễm trùng đường hô hấp trên
- Những vi-rút gây bệnh khác bao gồm vi-rút á cúm, siêu vi hợp bào hô hấp, vi-rút cúm, và adeno vi-rút

- Vi-rút á cúm tuýp 1 và tuýp 2, cũng như vi-rút cúm là những mầm bệnh thường gặp nhất gây viêm thanh khí phế quản cấp.

Nhiễm khuẩn:

- Mầm bệnh bao gồm *Moraxella catarrhalis*, *Haemophilus influenzae*, phế cầu khuẩn, tụ cầu vàng, và trực khuẩn *Klebsiella*.
- Nguyên nhân gây bệnh viêm nắp thanh thiệt phổ biến nhất là nhiễm khuẩn *Haemophilus influenzae* tuýp B
- Bệnh bạch hầu là do vi khuẩn *Corynebacterium diphtheriae* gây ra. Trong một số trường hợp thì có thể do *Corynebacterium ulcerans*
- Mặc dù thể trực khuẩn kháng a xít không điển hình có thể gây bệnh, nhưng phần lớn những ca nhiễm bệnh lao đều do trực khuẩn lao.
- Bệnh giang mai cũng có thể là nguyên nhân gây bệnh, nhưng ít gặp hơn.

[Fig-1]

Nhiễm nấm:

- Thường là do nấm *Candida albicans*, *Blastomyces dermatitis*, *Histoplasma capsulatum*, và *Cryptococcus neoformans*.

Những nguyên nhân gây bệnh viêm thanh quản không nhiễm trùng bao gồm:

- Thanh quản bị kích ứng (ví dụ: do phơi nhiễm với chất độc hại)
- Dị ứng
- Chấn thương, đặc biệt là do sử dụng dây thanh quá mức.

Sinh lý bệnh học

Ở chứng viêm thanh quản nhiễm trùng cấp tính, nguyên nhân thường là do vi-rút, vi khuẩn, hoặc nấm, gây viêm các cấu trúc nội thanh quản. Những tình trạng này khiến mô bị phù nề và xuất hiện ban đỏ. Nếu mô bị phù nề, độ linh hoạt lớp đệm niêm mạc phủ dây thanh âm thực sẽ bị suy giảm, và tăng tải lượng lên dây thanh âm. Tình trạng này khiến cao độ nói giảm, dây thanh căng hơn và tiếng khàn hơn, hoặc thậm chí là mất tiếng. Đồng thời bệnh nhân cũng sẽ thấy có nhiều dịch nhầy hơn, cũng như hình thành mủ trong trường hợp nhiễm khuẩn. Ở những trường hợp nghiêm trọng hơn, đặc biệt là ở trẻ em có thanh quản nhỏ, phù nề có thể gây hẹp đường thở và làm tắc nghẽn đường thở. Nhiễm bệnh lao có thể gây bệnh viêm thanh quản mạn tính.

Trào ngược thanh quản sẽ gây kích ứng niêm mạc thanh quản do phơi nhiễm nhiều lần với các chất trào ngược có chứa axit clohydric và pepsin.[6] [7] Tình trạng này sẽ khiến thanh quản bị phù nề, ban đỏ và viêm thanh quản mạn tính.

Dây thanh âm ở những bệnh nhân phải sử dụng dây thanh nhiều chẳng hạn như giáo viên, ca sĩ, luật sư, nhân viên tiếp thị, v.v. có thể căng nhiều do kích thích cơ học dây thanh liên tục. Khi có tác động kích thích vật lý, dây thanh âm sẽ bị rung quá mức, bị kích thích nhiệt, và hoạt hóa các yếu tố gây viêm. Hiện tượng này đã được mô tả trong những TH có tổn thương cột sống cổ do hiện tượng giảm tốc đột ngột.[8] [9] Tình trạng chấn thương này sẽ gây phù nề dây thanh âm, và nguy cơ cao để lại sẹo cũng như xuất huyết dây thanh âm.

Phân loại

Tuýp nhiễm trùng và không nhiễm trùng

Nhiễm trùng:

- Do vi-rút: tác nhân gây bệnh thường gặp nhất là rhinovirus. Những tác nhân khác bao gồm vi-rút cúm A, B, C, vi-rút adeno, viêm thanh khí phế quản cấp do vi-rút á cúm, sởi, thủy đậu
- Do vi khuẩn: bao gồm viêm nắp thanh thiệt do *Haemophilus influenzae* tuýp B, liên cầu khuẩn beta tan huyết
- Do nấm: bao gồm bệnh nấm candida, bệnh nấm *blastomyces*, bệnh nhiễm do hít phải bào tử nấm *histoplasma capsulatum* và bệnh nấm *cryptococcus*.

Không lây nhiễm:

- Thanh quản bị kích ứng (ví dụ: do phơi nhiễm với chất độc hại)
- Dị ứng
- Chấn thương, đặc biệt là do sử dụng dây thanh quá mức
- Trào ngược thực quản
- Bệnh tự miễn.

Khởi phát và thời gian xảy ra các triệu chứng cơ năng

- Cấp tính: thường kéo dài <7 ngày
- Mạn tính: các triệu chứng dai dẳng trong 3 tuần hoặc lâu hơn
- Bán cấp: khi biểu hiện lâm sàng không thuộc 2 tuýp nhỏ này, thì trong một số trường hợp lâm sàng, có thể phân loại là bán cấp.

Ngăn ngừa sơ cấp

Tiêm vắc-xin phòng bệnh bạch hầu từng làm giảm tỉ lệ mắc mới ở những quốc gia phát triển. Tỉ lệ mắc mới bệnh viêm nắp thanh thiệt tại Hoa Kỳ được ghi nhận là đã sụt giảm trong khoảng thời gian từ 1980 đến 1990. Lý do có những thay đổi về dịch tễ đó là do đã xuất hiện vắc-xin Hib.^[3]

Một số quốc gia có sử dụng liệu pháp thuốc phòng ngừa bệnh nhiễm trùng trực khuẩn lao không có triệu chứng, đáng chú ý là Hoa Kỳ, nơi không phổ biến chứng bệnh lao và không tiêm vắc-xin BCG. Mặc dù phác đồ thuốc 6 tháng đang ngày càng phổ biến, nhưng đơn trị liệu bằng isoniazid trong tối đa 1 năm là dạng liệu pháp phòng ngừa được sử dụng rộng rãi nhất.^[13]

Ngăn ngừa thứ cấp

Cần dùng thuốc kháng sinh phòng bệnh nếu tiếp xúc gần những bệnh nhân bị bệnh bạch hầu. Những ai không tiêm đủ liều vắc-xin phòng bệnh bạch hầu hoặc những người không có tiền sử tiêm chủng rõ ràng, thì cần tiêm đủ liều vắc-xin theo lịch trình.

Tiền sử ca bệnh

Tiền sử ca bệnh #1

Một người đàn ông 45 tuổi bị khàn giọng trong 5 ngày, ho và đau khi nuốt. Người này không bị sốt nhưng than rằng ngày càng nhiều dịch nhầy trong họng và đôi khi bị khó thở. Trước đó, người này chưa từng bị khàn giọng, phẫu thuật thanh quản, đặt nội khí quản hay sử dụng dây thanh quá mức. Anh bị đau họng nhẹ, nhưng cho biết là không có triệu chứng trào ngược. Khi khám, không có biểu hiện suy hô hấp cấp. Khoang miệng có vẻ bình thường, nhưng bệnh nhân có vẻ bị xung huyết họng miệng. A-mi-đan bị sưng nhẹ và tấy đỏ. Soi thanh quản qua gương (soi thanh quản gián tiếp) cho thấy cấu trúc thanh quản bị phù nề và ban đỏ lan tỏa, trong đó thanh môn sinh nhiều dịch nhầy. Đường thở không tắc nghẽn. Không thấy tổn thương ở dây thanh âm thực và, hai dây thanh âm di động được.

Tiền sử ca bệnh #2

Một người đàn ông 45 tuổi bị khàn giọng trong 3 tuần qua, kèm sưng đau họng và ho. Người này không bị sốt và nói rằng mình đã bị sụt 2,5 kg trong 3 tháng qua. Người này được xác nhận là dương tính với HIV. Kết quả soi thanh quản gián tiếp cho thấy dây thanh âm thực trái của bệnh nhân này xuất hiện tổn thương lồi ra ngoài, kèm phù nề ở cả hai dây thanh âm thực.

Các bài trình bày khác

Bệnh bạch hầu hiếm khi xảy ra ở những quốc gia phát triển, nhưng vẫn có thể gây nhiễm trẻ em và người lớn bị suy giảm miễn dịch hoặc không được tiêm vắc-xin. Các triệu chứng ban đầu bao gồm khàn giọng và đau họng. Bệnh nhân ngày càng khó thở hơn khi bệnh trở nặng. Kết quả khám cho thấy bệnh nhân bị nhiễm độc. Kết quả khám miệng cho thấy bệnh nhân tiết dịch trắng xám trên a-mi-đan và khẩu cái mềm, lan xuống đáy lưỡi. Những nguyên nhân gây bệnh viêm thanh quản nhiễm trùng ít gặp khác bao gồm nhiễm nấm và giang mai. Ở những bệnh nhân đang dùng corticosteroid dạng hít, nếu có xuất hiện khàn giọng gợi ý có thể bệnh nhân bị nhiễm nấm candida thanh quản, đây là kiểu viêm thanh quản do nấm phổ biến nhất. Những bệnh nhân bị viêm thanh quản do chấn thương dây thanh sẽ kèm theo tiền sử sử dụng dây thanh quá mức và nhu cầu dùng dây thanh cao.

Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước

Các triệu chứng của bệnh viêm thanh quản nhiễm trùng cấp tính có thể là từ những biểu hiện rất nhỏ đến sốt cao kèm suy hô hấp. Các biểu hiện nhỏ có thể bao gồm khàn giọng nhẹ nhanh khỏi và các triệu chứng của bệnh URI. Biểu hiện lâm sàng của bệnh viêm thanh quản tùy thuộc vào: [14]

- Nguyên nhân gây bệnh
- Phạm vi phù nề mô
- Vùng thanh quản bị tổn thương nhiều nhất
- Tuổi tác và các bệnh mắc kèm.

Đánh giá tình trạng đường thở là bước quan trọng ban đầu cần thực hiện. Tiếp tục đánh giá sau đó.

Cần nhắc trong trường hợp khẩn cấp

Sau khi bệnh nhân đến khám, hệ cơ quan đầu tiên cần được đánh giá là đường thở. Nếu bệnh nhân bị suy hô hấp, thì cần đánh giá bệnh nhân trong môi trường có kiểm soát, có trang thiết bị để thực hiện thủ thuật đặt nội khí quản an toàn. Có thể phải mở khí quản cấp cứu trong TH thanh quản quá phù nề, không thể thực hiện đặt nội khí quản thông thường được. Cần khám cho những trẻ có triệu chứng cơ năng và triệu chứng thực thể của bệnh viêm nắp thanh thiệt (ví dụ: sốt cao, đau họng, có biểu hiện nhiễm độc, chảy nước dãi, tay tì gối do suy hô hấp, khó thở, và kích ứng) trong môi trường có kiểm soát, chẳng hạn như phòng phẫu thuật. Tiến hành đặt nội khí quản nếu nghi ngờ có tắc nghẽn đường thở. Nếu bệnh nhân là người lớn, có thể soi thanh quản bằng ống mềm, tùy thuộc vào mức độ suy hô hấp. Nếu bệnh nhân bị suy hô hấp nặng, hoặc nếu nghi ngờ bị viêm thượng thanh môn, thì soi thanh quản bằng ống mềm có thể gây co thắt thanh quản và suy đường thở. Chỉ bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng mới được tiến hành khám thanh quản ở những bệnh nhân này, và tốt nhất là khám trong phòng phẫu thuật, nơi có đủ điều kiện tiến hành phẫu thuật đường thở nếu cần. Nên tránh thực hiện trên vùng thượng thanh môn. Nếu cần, có thể tiến hành đặt nội khí quản trong khi soi thanh quản bằng ống mềm bằng màn hình hiển thị trực tiếp. Một tình trạng thường gặp khác có thể biểu hiện kèm suy hô hấp là viêm thanh khí phế quản cấp. Viêm nắp thanh thiệt và viêm thanh khí phế quản cấp sẽ không được trình bày chi tiết trong bài viết này.

Tiền sử

Sau khi đánh giá đường thở và, nếu cần thiết, đảm bảo an toàn đường thở, ta có thể thực hiện nốt phần hỏi bệnh sử và khám còn lại. Bệnh sử chi tiết cần bao gồm những thông tin về mô hình giọng nói, thở và nuốt. Cần lưu tâm đến cả những vấn đề toàn thân mắc kèm, chẳng hạn như dị ứng, phơi nhiễm, suy giảm hệ miễn dịch và các căn bệnh toàn thân. Cần thu thập thông tin tiền sử đặt nội khí quản, phơi nhiễm tia phóng xạ và phẫu thuật cổ, và cả tiền sử hút thuốc. Tìm hiểu xem bệnh nhân mới đây có đến những vùng lưu hành bệnh bạch hầu hay bệnh lao không, hay có tiếp xúc với những người có triệu chứng nhiễm trùng không, bởi thông tin này sẽ giúp ích trong việc chẩn đoán.^[5] Những yếu tố nguy cơ khác gây bệnh viêm thanh quản nhiễm trùng cấp tính bao gồm tiêm chưa đủ liều hoặc chưa tiêm vắc-xin phòng bệnh bạch hầu hay *Haemophilus influenzae* tuýp B (Hib). Bệnh nhiễm nấm candida thanh quản thường gặp hơn ở những bệnh nhân dùng corticosteroid đường hít hoặc liệu trình kháng sinh kéo dài và ở những người bị suy giảm miễn dịch.^[5] Các yếu tố nguy cơ gây bệnh lao (một nguyên nhân gây bệnh viêm thanh quản mạn tính) bao gồm sống trong viện dưỡng lão, suy giảm miễn dịch, sống ở vùng lưu hành dịch hoặc nhiễm HIV.

Những bệnh nhân bị viêm thanh quản nhiễm trùng cấp tính có thể biểu hiện các triệu chứng từ những biểu hiện rất nhỏ đến sốt cao kèm suy hô hấp. Thông thường trước đó bệnh nhân bị URI, kèm đau họng, sốt, ho và viêm mũi. Sau đó là nuốt đau, khó nuốt và khàn giọng. Bệnh nhân có thể bị mệt mỏi và khó chịu. Phù nề thanh quản có thể dẫn đến khó thở. Khó khăn cho bác sĩ lâm sàng đó là phải quyết định xem những bệnh nhân nào bị nhiễm khuẩn và cần điều trị bằng loại kháng sinh đặc hiệu, bởi biểu hiện của bệnh viêm thanh quản do vi-rút và vi khuẩn có thể khá giống nhau. Viêm thanh quản do vi-rút là biến thể bệnh thường gặp, và các triệu chứng cơ năng thông thường xuất hiện trong khoảng thời gian <7 ngày. Bệnh bạch hầu không thường gặp tại Hoa Kỳ, và xuất hiện tiền triệu trong một vài ngày, và có tình trạng khàn giọng tiến triển thành suy đường thở.

Các triệu chứng cơ năng của bệnh viêm thanh quản mạn tính do bệnh lao thường kéo dài (>3 tuần). Các triệu chứng thường giống với triệu chứng của bệnh thanh quản ác tính nên cần được loại trừ các bệnh ác tính. Bệnh nhân có thể gặp các triệu chứng gồm ho và giảm cân, nhưng thường phải giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng do khàn giọng dai dẳng.

Bệnh nhân bị viêm thanh quản do chấn thương sẽ đến khám trong tình trạng khàn giọng kéo dài và thường có tiền sử là sử dụng dây thanh quá mức. Những bệnh nhân này thông thường là những người phải làm nghề nói nhiều, chẳng hạn như giáo viên, luật sư, nhân viên bán hàng hoặc ca sĩ. Tình trạng khàn giọng thường sẽ nặng hơn nếu ngày càng nói nhiều, do đó bệnh nhân thường kêu than vào cuối ngày và cảm thấy khá hơn vào buổi sáng. Nếu để dây thanh

được nghỉ ngơi, bệnh nhân có khả năng cải thiện chất lượng giọng nói. Nếu bị chấn thương cấp tính, bệnh nhân có thể bị mất giọng đột ngột, và đây có thể là một bằng chứng báo hiệu tình trạng xuất huyết dây thanh âm.

Khám lâm sàng

Thông thường, người lớn bị viêm thanh quản mạn tính sẽ không bị nhiễm độc nếu không bị bệnh bạch hầu hoặc viêm nắp thanh thiệt cấp tính. Bệnh nhân có thể bị xuất huyết họng miệng và có thể sưng a-mi-đan. Có thể phát hiện tình trạng chảy mũi sau khi khám miệng hầu. Viêm a-mi-dan chảy mủ, viêm hạch bạch huyết trước cổ và sốt có thể chứng tỏ gần như chắc chắn rằng bệnh do vi khuẩn gây ra.

Bệnh nhân bị bệnh bạch hầu có biểu hiện nhiễm độc và có thể bị suy hô hấp cấp. Kết quả khám miệng hầu có thể cho thấy bệnh nhân tiết dịch trắng xám, dịch này có thể lan xuống hầu họng và rãnh nắp thanh quản. Cũng có thể phát hiện thấy những giả mạc này phủ khắp các cấu trúc thanh quản, và gây suy đường thở. Dịch tiết sẽ bám chắc vào lớp niêm mạc nằm dưới, và xuất huyết khi dịch tiết bị bóc tách ra. Bệnh nhân sẽ xuất hiện hạch to ở cổ, cảm thấy cực kỳ khó chịu và thở rít. Độc tố gây bệnh bạch hầu cũng có thể gây bệnh cơ tim và bệnh thần kinh. Có thể quan sát thấy bệnh nhân bị liệt dây thanh âm hoặc hầu họng. Cần phải tiến hành chẩn đoán sớm. Bác sĩ cũng thường khám đầu và cổ khi bệnh nhân bị chấn thương dây thanh.

Bệnh nhân bị viêm thanh quản mạn tính do trào ngược có thể biểu hiện phù nề thanh quản, rãnh giả, xung huyết, dịch nhầy nhiều, u hạt hoặc dày mô gian sụn phễu sau.[15]

[Fig-2]

Xét nghiệm chẩn đoán

Viêm thanh quản là kết quả chẩn đoán khi đọc bệnh sử và khám, chứ không phải qua xét nghiệm trong phòng thí nghiệm. Khám toàn diện bao gồm soi thanh quản. Bệnh nhân sẽ được thực hiện thủ thuật này nếu đến gặp bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng ngay từ đầu, nhưng phần lớn các bác sĩ chăm sóc ban đầu đều chưa có kinh nghiệm về kỹ thuật này và chẩn đoán phần lớn ca bệnh viêm thanh quản do vi-rút về mặt lâm sàng. Một số bác sĩ chăm sóc ban đầu dùng thủ thuật soi thanh quản gián tiếp qua gương, tùy thuộc vào trên kinh nghiệm. Soi thanh quản phát hiện thấy tình trạng phù nề và ban đỏ trong các cấu trúc thanh quản, đặc biệt là dây thanh âm thực. Cũng có thể quan sát thấy thanh môn tiết nhiều dịch đặc màu trắng vàng. Nếu không thể thực hiện thủ thuật soi thanh quản gián tiếp, có thể giới thiệu bệnh nhân đến gặp bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng. Chỉ định đến khám bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng khi:

- Không chắc chắn kết quả chẩn đoán.
- Khàn giọng dai dẳng (kéo dài hơn 2-3 tuần). Điều quan trọng là chuyển khám chuyên khoa những bệnh nhân này chứ không nên điều trị thêm bằng liệu trình kháng sinh.
- Bệnh nhân mang bệnh nghi ngờ bị tắc nghẽn đường thở Những bệnh nhân này sẽ được đưa đến bệnh viện để đánh giá và điều trị khẩn cấp.
- Bệnh nhân làm nghề dùng đến giọng nói.

Nội soi hoạt nghiệm qua video cho phép đánh giá đồng thời chất lượng giọng nói, giải phẫu thanh quản và chức năng rung dây thanh âm.[16] Các hướng dẫn về khàn tiếng khuyến nghị nên khám nội soi hoạt nghiệm qua video khi các triệu chứng về giọng nói nằm ngoài phạm vi chẩn đoán qua thủ thuật soi thanh quản gián tiếp.[17] Nội soi hoạt nghiệm có thể phát hiện thấy rãnh dây thanh âm hoặc các bệnh lý rung như cứng, hoặc giúp phân biệt các loại tổn thương dây thanh lành tính.

Trong trường hợp nghi ngờ bệnh do vi khuẩn gây ra, có thể tiến hành nuôi cấy dịch hầu họng miệng hầu và xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu (FBC), cũng như xét nghiệm phát hiện kháng nguyên nhanh. Nếu nghi ngờ bệnh nhân bị bệnh bạch hầu, cần tiến hành nuôi cấy dịch họng mũi. Thủ thuật này có sử dụng đến môi trường chọn lọc Loeffler hoặc Tindale. Cũng có thể thực hiện chẩn đoán xác định bằng cách xác định hình thành độc tố nhờ bằng miễn dịch kết tủa, phản ứng chuỗi polymerase (PCR), hoặc miễn dịch sắc ký.

Quy trình xét nghiệm cho những bệnh nhân bị viêm thanh quản mạn tính bị nghi ngờ là do bệnh lao bao gồm: test da , chụp x quang ngực (XQ ngực thẳng), nuôi cấy đờm, và phết đờm để phát hiện trực khuẩn kháng a xít. Soi thanh quản gián tiếp thường sẽ giúp phát hiện những tổn thương dạng u bướu hoặc lồi ra ngoài. Thường gặp nhất là thanh môn, nhưng những tổn thương cũng có thể ở bất kỳ đâu trong thanh quản. Bởi những tổn thương ở thanh quản trông khá giống với chứng ung thư biểu mô thanh quản, nên cần tiến hành soi thanh quản trực tiếp và làm sinh thiết. Thông thường bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng sẽ là người tiến hành thủ thuật này khi BN đã được gây mê toàn thân .

Trong trường hợp dây thanh bị căng, thường sẽ chỉ cần xem bệnh sử và khám là đủ để loại bỏ suy đoán về những nguyên nhân khác và đưa ra kết quả chẩn đoán. Tuy nhiên, những bệnh căn học khác có thể xuất hiện ở những người phải nói nhiều (bao gồm bệnh thanh quản ác tính); do đó, cần để bác sĩ chuyên khoa đánh giá bất kỳ tình trạng khàn giọng nào kéo dài trên 3 tuần bằng thủ thuật soi thanh quản gián tiếp.

Các yếu tố nguy cơ

Mạnh

tiền sử mới bị viêm đường hô hấp trên

- Bệnh nhân có viêm thanh quản nhiễm trùng cấp tính thường có nhiễm trùng đường hô hấp trước đó, và các triệu chứng này sẽ tự khỏi.

tiêm chưa đủ liều hoặc chưa tiêm vắc-xin phòng Haemophilus influenzae týp B (Hib)

- Nguyên nhân gây bệnh viêm nắp thanh thiệt phổ biến nhất là nhiễm khuẩn Haemophilus influenzae týp B.
- Tỷ lệ mắc mới bệnh viêm nắp thanh thiệt tại Hoa Kỳ được ghi nhận là đã giảm bớt trong khoảng thời gian từ 1980 đến 1990 là do đã xuất hiện vắc-xin Haemophilus influenzae týp B (Hib).[3]

tiêm chưa đủ liều hoặc chưa tiêm vắc-xin phòng bệnh bạch hầu

- Bệnh bạch hầu, một nguyên nhân gây viêm thanh quản, hiếm khi xảy ra ở những quốc gia phát triển, nhưng vẫn có thể gây nhiễm trẻ em và người lớn bị suy giảm miễn dịch hoặc không được tiêm vắc-xin.

tiếp xúc với người nhiễm bệnh

- Phần lớn các ca bệnh viêm thanh quản không nhiễm trùng cấp tính đều do vi-rút gây ra, các loại vi-rút này sẽ lây truyền qua giọt nước bọt trong không khí.

đi đến vùng lưu hành dịch bệnh bạch hầu hoặc bệnh lao.

- Trên toàn thế giới, bệnh bạch hầu vẫn là bệnh đặc hữu ở các khu vực như Caribe và Châu Mỹ Latinh.[4]

HIV hoặc tình trạng suy giảm miễn dịch khác

- Đặc biệt làm tăng nguy cơ bị bệnh lao và viêm thanh quản do nấm. Bệnh lao là nguyên nhân gây viêm thanh quản mạn tính.
- Những bệnh nhân dương tính với HIV có vẻ dễ bị nhiễm trực khuẩn lao hơn. Sau đó, khoảng 50% số bệnh nhân bị nhiễm hai chủng HIV sẽ khởi phát bệnh lao lâm sàng, và tỷ lệ hoạt hóa lại có thể cao hơn gấp 20 lần so với những người có sức đề kháng bình thường ở cùng độ tuổi. Bệnh lao có liên quan đến giảm kỳ vọng sống ở những bệnh nhân bị AIDS.[10] [11]

sống tại viện dưỡng lão

- Ở những quốc gia phát triển, bệnh lao là căn bệnh phổ biến tại các nhà dưỡng lão, ở những quần thể nhập cư từ các vùng lưu hành dịch, chẳng hạn như Trung Quốc và Ấn Độ, và do nhiễm HIV.

dùng corticosteroid đường hít hoặc liệu trình kháng sinh kéo dài

- Tăng nguy cơ nhiễm nấm candida thanh quản[5]
- Nguy cơ có thể giảm đi ở những bệnh nhân dùng corticosteroid đường hít nếu họ rửa họng bằng nước trước và sau khi dùng thuốc. Những bệnh nhân này nên dùng liều lượng corticosteroid đường hít thấp nhất có thể.

sử dụng thanh quản quá mức

- Những bệnh nhân mắc bệnh viêm thanh quản do căng dây thanh thường có tiền sử dùng dây thanh quá mức hoặc kéo dài.

Sử dụng thuốc lá

- Những bệnh nhân dùng thuốc lá có nguy cơ cao bị khô thanh quản, thanh quản bị kích ứng do hóa chất, và biến đổi cấu trúc biểu mô dây thanh gây tái phát các cơn viêm thanh quản.[12]

Các yếu tố về tiền sử và thăm khám

Các yếu tố chẩn đoán chủ yếu**có các yếu tố nguy cơ (thường gặp)**

- Các yếu tố nguy cơ gây viêm thanh quản bao gồm tiền sử mới bị viêm đường hô hấp cấp tính, tiêm chưa đủ liều hoặc chưa tiêm vắc-xin phòng bệnh bạch hầu hay Haemophilus influenzae tuýp B (Hib), tiếp xúc với người bị nhiễm vi-rút, đi đến vùng lưu hành dịch bệnh bạch hầu hoặc bệnh lao, suy giảm miễn dịch, sống tại viện dưỡng lão, nhiễm HIV.
- Bệnh nhiễm nấm candida thanh quản thường gặp hơn ở những bệnh nhân dùng corticosteroid đường hít hoặc liệu trình kháng sinh kéo dài.[5]

khàn giọng (thường gặp)

- Triệu chứng đặc trưng của bệnh viêm thanh quản.
- Ở bệnh viêm thanh quản cấp tính, tiền sử khàn giọng thường <7 ngày.
- Bệnh nhân có thể có những giai đoạn bị mất tiếng.
- Do phù nề nặng hơn, nên kích thước các dây thanh âm sẽ tăng lên, và làm giảm cao độ nói bình thường.
- Ở bệnh lao, bệnh nhân sẽ biểu hiện thành khàn giọng mạn tính (>3 tuần).

Khó nuốt (thường gặp)

- Triệu chứng thường gặp liên quan đến đau họng.

Đau họng (thường gặp)

- Triệu chứng thường gặp của bệnh viêm đường hô hấp trên

nuốt đau (thường gặp)

- Đau hoặc sưng là triệu chứng của bệnh viêm đường hô hấp trên

ho (thường gặp)

- Triệu chứng thường gặp của bệnh viêm đường hô hấp trên
- Chảy dịch sau mũi và tăng dịch nhầy trong thanh quản sẽ khiến tình trạng ho trở nên trầm trọng hơn.
- Ho mạn tính kèm sụt cân là những triệu chứng của bệnh viêm thanh quản do bệnh lao.

hầu họng xung huyết (thường gặp)

- Đặc điểm của bệnh viêm thanh quản nhiễm trùng cấp tính

tiền sử dùng nhiều dây thanh (thường gặp)

- Những bệnh nhân bị căng dây thanh thường có tiền sử dùng dây thanh quá mức hoặc kéo dài.

Trào ngược dạ dày thực quản (thường gặp)

- Không điều trị chứng trào ngược có thể dẫn đến những thay đổi mạn tính ở thanh quản, gây viêm mạn tính.

dịch tiết trắng xám ở hầu họng (không thường gặp)

- Quan sát thấy khi khám hầu họng cho những bệnh nhân bị bệnh bạch hầu.
- Có thể lan tới khẩu cái mềm và rãnh nắp thanh quản.
- Cũng có thể phát hiện thấy những giả mạc này khi bệnh nhân bị bệnh bạch hầu, giả mạc sẽ phủ khắp các cấu trúc thanh quản, và gây suy đường thở.
- Bám chắc vào lớp niêm mạc nằm dưới, và chảy máu khi cố lấy ra

Các yếu tố chẩn đoán khác

Viêm mũi (thường gặp)

- Triệu chứng thường gặp của bệnh viêm đường hô hấp trên
- Chảy dịch sau mũi và tăng dịch nhầy thanh quản có thể khiến tình trạng ho trở nên trầm trọng hơn.

mệt mỏi và khó chịu (thường gặp)

- Có thể kèm theo nhiều triệu chứng khu trú ở thanh quản.
- Bệnh nhân sẽ thấy khó chịu cực độ khi bị nhiễm bệnh bạch hầu.

sốt (thường gặp)

- Những bệnh nhân bị viêm thanh quản nhiễm trùng cấp tính có thể biểu hiện các triệu chứng từ những biểu hiện rất nhỏ đến sốt cao.
- Sốt, kèm viêm a-mi-dan thanh quản chảy mủ và viêm hạch bạch huyết trước cổ có thể chứng tỏ gần như chắc chắn rằng bệnh do vi khuẩn gây ra.

sưng a-mi-dan (thường gặp)

- Có thể xảy ra ở bệnh viêm thanh quản nhiễm trùng cấp tính.

hạch bạch huyết trước cổ sưng lên, đau khi chạm vào (thường gặp)

- Khi bệnh nhân đồng thời bị viêm a-mi-dan thanh quản chảy mủ và sốt, thì có thể chứng tỏ gần như chắc chắn rằng bệnh do vi khuẩn gây ra.

chảy mũi sau (thường gặp)

- Có thể phát hiện khi khám miệng hầu và có thể khiến tình trạng ho trở nên trầm trọng hơn.

khó thở (thường gặp)

- Có thể xảy ra do phù nề thanh quản.

Sút cân (không thường gặp)

- Sút cân và ho mạn tính là những triệu chứng của bệnh viêm thanh quản do bệnh lao.

mủ a-mi-dan thanh quản (không thường gặp)

- Nếu bệnh nhân đồng thời có viêm hạch bạch huyết trước cổ và sốt, thì đó là dấu hiệu gợi ý gần như chắc chắn rằng bệnh do vi khuẩn gây ra.

suy hô hấp cấp (không thường gặp)

- Thường quan sát thấy ở những ca bệnh bạch hầu, viêm thanh khí phế quản cấp, hoặc viêm nắp thanh thiệt cấp tính.
- Ít gặp ở bệnh viêm thanh quản cấp tính không biến chứng ở người lớn.

biểu hiện ngộ độc (không thường gặp)

- Thường quan sát thấy ở những ca bệnh bạch hầu hoặc viêm nắp thanh thiệt cấp tính.
- Ít gặp ở bệnh viêm thanh quản cấp tính không biến chứng.

chảy nước dãi (không thường gặp)

- Thường quan sát thấy ở những ca viêm nắp thanh thiệt cấp tính. Ít gặp ở bệnh viêm thanh quản cấp tính không biến chứng.

thở rít (không thường gặp)

- Thường quan sát thấy ở những ca bệnh bạch hầu, viêm thanh khí phế quản cấp, hoặc viêm nắp thanh thiệt cấp tính.
- Ít gặp ở bệnh viêm thanh quản cấp tính không biến chứng.

Xét nghiệm chẩn đoán

Xét nghiệm thứ nhất cần yêu cầu

Xét nghiệm	Kết quả
soi thanh quản • Hướng chẩn đoán chính. • Có thể thực hiện bằng cách dùng một ống soi thanh quản cứng hoặc mềm. • Bệnh nhân sẽ được thực hiện thủ thuật này nếu đến gặp bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng ngay từ đầu, nhưng phần lớn các bác sĩ chăm sóc ban đầu đều chưa có kinh nghiệm về kỹ thuật này và chẩn đoán phần lớn ca bệnh viêm phế quản do vi-rút về mặt lâm sàng. • Một số bác sĩ chăm sóc ban đầu dùng thủ thuật soi thanh quản gián tiếp qua gương, tùy thuộc vào trên kinh nghiệm.	viêm thanh quản nhiễm trùng cấp tính: phù nề và xung huyết dây thanh âm thực; thanh môn tiết nhiều dịch đặc màu trắng vàng; viêm thanh quản do bệnh lao mạn tính: tổn thương thanh quản dạng u bướu hoặc lõi ra ngoài, thường tổn thương cả thanh môn sau; viêm thanh quản do trào ngược: không thấy thay đổi tình trạng chảy mủ ở thanh quản, có thể thấy sụn phễu và dây thanh âm thực phía sau bị xuất huyết.

Các xét nghiệm khác cần cân nhắc

Xét nghiệm	Kết quả
sinh thiết trong khi soi thanh quản - Cần sinh thiết trong những trường hợp nghi ngờ bệnh lao. - Bệnh nhân thường được gây mê toàn thân khi tiến hành thủ thuật.	viêm thanh quản mạn tính do bệnh lao: u hạt hoại tử, dương tính với chủng trực khuẩn kháng a xít
nuôi cấy bệnh phẩm hầu họng - Cần tiến hành nuôi cấy nếu nghi ngờ bệnh nhân bị nhiễm khuẩn, mắc bệnh bạch hầu hoặc bệnh lao. - Môi trường chọn lọc Loeffler hoặc Tindale được dùng khi nghi ngờ bệnh nhân bị bệnh bạch hầu.	nuôi cấy cho kết quả dương tính ở tình trạng nhiễm khuẩn
lấy dịch tiết mũi để nuôi cấy - Cần tiến hành nuôi cấy nếu nghi ngờ bệnh nhân mắc bệnh bạch hầu. - Môi trường chọn lọc Loeffler hoặc Tindale được dùng khi nghi ngờ bệnh nhân bị bệnh bạch hầu.	nuôi cấy cho kết quả dương tính ở tình trạng nhiễm khuẩn
miễn dịch kết tủa huyết thanh, PCR hoặc sắc ký miễn dịch để xác định bệnh bạch hầu. Ngoài ra có thể cần tiến hành chẩn đoán xác định bằng cách tìm ra cơ chế sản sinh độc tố.	dương tính ở bệnh bạch hầu
Công thức máu Có thể thực hiện nếu nghi ngờ bệnh nhân bị nhiễm khuẩn cấp tính.	có thể là chứng tăng bạch cầu trong đó bạch cầu chuyển trái ở bệnh nhiễm khuẩn
Xét nghiệm phát hiện kháng nguyên nhanh Có thể thực hiện nếu nghi ngờ bệnh nhân bị viêm thanh quản do nhiễm liên cầu khuẩn nhóm A.	dương tính trong trường hợp nhiễm khuẩn
CXR Cần tiến hành trong những trường hợp nghi ngờ bệnh lao.	tổn thương khoang miệng trong trường hợp bệnh lao
Cấy đờm Thực hiện thường quy ở những bệnh nhân nghi ngờ mắc bệnh lao	có thể dương tính đối với mycobacteria trong trường hợp bệnh lao
xét nghiệm bệnh lao qua da (PPD) Cần tiến hành trong những trường hợp nghi ngờ bệnh lao.	có thể dương tính trong trường hợp mắc bệnh lao
nội soi hoạt nghiệm qua video - Khàn giọng không phải lúc nào cũng do viêm phế quản, và do đó, cần khám kỹ bằng cách nội soi hoạt nghiệm qua video để đánh giá dây thanh âm và loại trừ suy đoán về tổn thương dây thanh nghiêm trọng hơn (xuất huyết hoặc rách niêm mạc dây thanh) ở những người phải nói nhiều. - Nội soi hoạt nghiệm qua video cho phép đánh giá đồng thời chất lượng giọng nói, giải phẫu thanh quản và chức năng rung dây thanh âm.[16] - Các hướng dẫn về khàn tiếng khuyến nghị nên khám nội soi hoạt nghiệm qua video khi các triệu chứng về giọng nói nằm ngoài phạm vi chẩn đoán qua thủ thuật soi thanh quản gián tiếp.[17]	phát hiện thấy rãnh dây thanh âm hoặc các bệnh lý rung như cứng, hoặc giúp phân biệt các loại tổn thương dây thanh lành tính.

Chẩn đoán khác biệt

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Viêm amidan	Không có khác biệt đáng kể ở triệu chứng thực thể và triệu chứng cơ năng, nhưng khả năng biểu hiện rõ rệt hơn ở chứng viêm thanh quản.	Nội soi gián tiếp sẽ không phát hiện thấy ban đỏ và phù nề các cấu trúc thanh quản ở bệnh viêm a-mi-đan cấp tính.
Nhiễm trùng tăng bạch cầu đơn nhân	- Thường xuất hiện chứng gan to và lách to. - Bệnh nhân có thể bị phát ban và toàn thân mệt mỏi. - Dịch tiết dạng kem, có màu và thường chỉ khu trú ở a-mi-đan - Không chảy máu khi lấy dịch tiết ra.	Xét nghiệm kháng thể bạch cầu trung tính cho kết quả dương tính hoặc xét nghiệm huyết thanh cho kết quả dương tính.
Viêm mũi dị ứng	- Không có triệu chứng thực thể hay triệu chứng cơ năng của bệnh nhiễm trùng cấp tính. - Có tiền sử hoặc xuất hiện các triệu chứng khác liên quan đến dị ứng (ví dụ: hắt xì, ngứa mũi và viêm kết mạc dị ứng).	- Cải thiện khi thử nghiệm trị liệu bằng các loại thuốc kháng histamine hoặc thuốc corticosteroid trong mũi. - Xét nghiệm đánh giá dị ứng ở da hoặc xác định IgE đặc hiệu trong ống nghiệm có thể giúp phát hiện đáp ứng dị ứng của cơ thể với một dị nguyên đặc hiệu nào đó.
Ung thư biểu mô thanh quản	Không có khác biệt ở triệu chứng thực thể và triệu chứng cơ năng giữa bệnh ung thư thanh quản và viêm thanh quản do bệnh lao.	- Nên tiến hành soi thanh quản trực tiếp và làm sinh thiết. - Sinh thiết sẽ phát hiện bệnh ác tính ở những bệnh nhân bị ung thư biểu mô thanh quản, trong khi ở những bệnh nhân bị nhiễm bệnh lao, sinh thiết sẽ giúp phát hiện tình trạng u hạt hoại tử và trực khuẩn kháng acid.
GORD	Các triệu chứng biểu hiện thường bao gồm ợ nóng và trào ngược acid.	- Nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng (OGD) có thể phát hiện chứng viêm thực quản (mòn, loét, co hẹp) hoặc Barrett thực quản. - Bệnh nhân có thể đáp ứng thử nghiệm trị liệu bằng thuốc ức chế bơm proton.

Cách tiếp cận điều trị từng bước

Phương án điều trị bệnh viêm thanh quản nhiễm trùng cấp tính sẽ khác nhau tùy theo mức độ nghiêm trọng của chứng bệnh. Cần chăm sóc đặc biệt cho những bệnh nhân bị chèn ép đường thở, dù ở bất kỳ mức độ nghiêm trọng nào. Một số tuýp nhiễm trùng cần phải được chăm sóc khẩn cấp và chuyên khoa, chẳng hạn như viêm nắp thanh thiệt và bệnh bạch hầu.

Phương án điều trị bệnh viêm thanh quản do vi-rút cần dựa trên hiểu biết chuyên sâu về tiến trình tự nhiên của bệnh. Hiện vẫn có rất ít dữ liệu về chủ đề này. Do đó, phần lớn các bác sĩ đều tiếp cận bệnh viêm thanh quản do vi-rút như một căn bệnh tự khỏi, chỉ cần điều trị hỗ trợ.

Kháng sinh

Khó khăn của người bác sĩ là phải quyết định xem trường hợp nào là nghi ngờ nhiễm khuẩn cần chỉ định dùng thuốc kháng sinh. Bài đánh giá tổng quan của Cochrane năm 2015 đã giải quyết được vấn đề về thuốc kháng sinh dùng để trị bệnh viêm thanh quản cấp tính ở người lớn.[18] Bài đánh giá đã xem xét ba thử nghiệm đối chứng, chọn ngẫu nhiên: một thử nghiệm so sánh penicillin V với giả dược, một thử nghiệm so sánh erythromycin với giả dược và thử nghiệm còn lại so sánh fusafungine có hoặc không có clarithromycin với liệu pháp không điều trị. Kết quả thu được như sau: nhóm erythromycin đã cải thiện chất lượng giọng nói đáng kể chỉ sau 1 tuần, và cải thiện tình trạng ho đáng kể chỉ sau 2 tuần. Ngoài ra, những bệnh nhân được điều trị bằng fusafungine đường hít có tỉ lệ khỏi bệnh lâm sàng cao hơn chậm nhất vào ngày 5, nhưng không tiến triển gì thêm sau ngày 8 hoặc sau đó. Fusafungine thường ít được dùng trong thực hành lâm sàng và không được cung cấp ở một số quốc gia bao gồm Hoa Kỳ. Tất cả những kết quả đo chất lượng giọng nói và kết cục khác đều không cho thấy có cải thiện đáng kể ở một trong hai nhóm điều trị. Theo bài đánh giá, Cochrane đã kết luận rằng có vẻ như không có lợi ích rõ ràng về mặt lâm sàng khi dùng thuốc kháng sinh để điều trị bệnh viêm thanh quản cấp tính, tuy vẫn chưa có khuyến nghị chắc chắn nào. Sử dụng thuốc kháng sinh có thể làm tăng tỉ lệ vi sinh vật kháng thuốc cũng như phát sinh nguy cơ bất lợi và tăng chi phí điều trị.

Corticosteroids

Y văn hiện vẫn chưa có đầy đủ bằng chứng về việc dùng corticosteroid để điều trị bệnh viêm thanh quản cấp tính.[9] [19] [20] [21] [22] Một nghiên cứu đã so sánh corticosteroid đường hít so với corticosteroid đường uống. Tình trạng phù nề đã cải thiện rõ rệt ở nhóm dùng corticosteroid đường hít so với nhóm dùng corticosteroid đường uống.[20] Ở một nghiên cứu khác, liệu pháp dùng corticosteroid đường uống đã được chứng minh là làm giảm chất chỉ điểm gây viêm và tăng chất chỉ điểm kháng viêm ở mẫu dây thanh âm bị chấn thương do bị sử dụng quá mức ở người.[9] Các nhà nghiên cứu đã kết luận rằng đây sẽ là cơ sở sinh học chứng minh nên sử dụng corticosteroid khi dây thanh âm bị viêm cấp tính liên quan đến chấn thương do bị sử dụng quá mức.

Những bệnh nhân có khả năng tắc nghẽn đường thở

Nếu bệnh nhân bị suy hô hấp, thì cần đánh giá bệnh nhân trong môi trường có kiểm soát, có trang thiết bị để thực hiện thủ thuật đặt nội khí quản an toàn. Cần phẫu thuật mở khí quản cấp cứu nếu thanh quản phù nề quá mức, không thể thực hiện được thủ thuật nội khí quản thông thường. Cần khám cho những trẻ có triệu chứng cơ năng và triệu chứng thực thể của bệnh viêm nắp thanh thiệt (ví dụ: sốt cao, đau họng, có biểu hiện nhiễm độc, chảy nước dãi, tay tì gối do suy hô hấp, khó thở, và kích ứng) trong môi trường có kiểm soát, chẳng hạn như phòng phẫu thuật, nơi có thể tiến hành đặt nội khí quản nếu nghi ngờ chèn ép đường thở. Nếu bệnh nhân là người lớn, có thể soi thanh quản bằng ống mềm. Nên tránh thực hiện trên vùng thượng thanh môn. Nếu cần, có thể tiến hành đặt nội khí quản trong khi soi thanh quản bằng ống mềm qua màn hình hiển thị trực tiếp.

Suy hô hấp cấp khó xảy ra khi bệnh nhân bị viêm thanh quản cấp tính không biến chứng, trừ khi có yếu tố nguy cơ tiềm ẩn, chẳng hạn như có tình trạng nào đó gây tắc nghẽn đường thở. Những tình trạng chẳng hạn như hẹp

dưới thanh môn hay liệt dây thanh âm hai bên sẽ làm tăng nguy cơ suy hô hấp trong trường hợp viêm thanh quản cấp tính. Ngay cả phù nề và viêm nhẹ các cấu trúc nội thanh quản cũng có thể gây suy đường thở và có thể gây tổn hại đến bệnh nhân. Do đó, cần điều trị bệnh viêm đường hô hấp trên và viêm thanh quản cấp tính thật thận trọng. Corticosteroid có thể giúp làm thuyên giảm phù nề ở tất cả những bệnh nhân có khả năng bị suy đường thở, và nên cân nhắc dùng liệu pháp kháng sinh sớm. Cần theo dõi đường thở thật chặt chẽ để đánh giá xem có cần tiến hành mở khí quản hay không.

Bệnh nhân bị bệnh bạch hầu trông có biểu hiện nhiễm độc và có khả năng sẽ tiến triển thành chèn ép đường thở. Cần cho bệnh nhân nhập viện và giám sát chặt chẽ. Thực hiện soi thanh quản gián tiếp bằng nội soi ống mềm nhiều lần liên tục. Cần đảm bảo an toàn cho đường thở trong trường hợp dịch tiết tích tụ ngày càng nhiều gây tắc nghẽn.

Viêm thanh quản nhiễm trùng cấp tính (không phải bệnh bạch hầu)

Phần lớn các ca bệnh viêm thanh quản nhiễm trùng cấp tính đều do vi-rút và có thể điều trị thêm bằng thuốc giảm đau và thuốc trị ho nếu cần. Vệ sinh dây thanh là bước quan trọng nhất trong phác đồ điều trị. Phác đồ bao gồm những không giới hạn ở: hạn chế nói, bù nhiều nước, làm ẩm và hạn chế dùng caffeine. Đặc biệt, không được nhấn mạnh quá mức biện pháp hạn chế nói ở bệnh viêm thanh quản. Khoảng thời gian để dây thanh nghỉ ngơi được khuyến nghị có thể khác nhau, tùy thuộc vào thói quen của từng bác sĩ, nhưng thường từ 3 đến 7 ngày. Ca sĩ không nên hát hoặc luyện thanh trong thời gian này. Phải để dây thanh được nghỉ ngơi, bởi nếu cố quá khi thanh quản đang bị tổn thương, thì bệnh nhân có thể gặp phải các bệnh lý khác, chẳng hạn như sẹo hoặc xuất huyết dây thanh âm và khản tiếng do căng cơ. Cần tránh caffeine bởi trong caffeine có tác dụng lợi tiểu và sẽ gây suy giảm thể tích dịch thể. Không nên dùng thuốc xông mũi. Không có bằng chứng khuyến dùng corticosteroid cho những bệnh nhân này.

Mặc dù chưa có thử nghiệm xác nhận, nhưng các loại thuốc tiêu nhầy đã được dùng rộng rãi để làm giảm nhầy dịch tiết. Thuốc tiêu nhầy có thể khôi phục chất lượng nước của dịch nhầy trong thanh môn - một loại thành phần quan trọng giúp bôi trơn dây thanh âm thực.^[23] Dịch nhầy đặc khiến bệnh nhân phải khạc thông họng, do đó khiến dây thanh âm càng bị phù nề và tổn thương hơn, và gây ra các bệnh lý về dây thanh âm.

Chỉ được chỉ định bệnh nhân dùng thuốc kháng sinh khi nghi ngờ do nhiễm khuẩn, và cần bắt đầu liệu trình theo kinh nghiệm.^[18] ^[1]^[B]^{Evidence} Phần lớn số ca bệnh viêm thanh quản cấp tính là do vi-rút.

Viêm thanh quản cấp tính do bệnh bạch hầu, sau đó đã kiểm soát được đường thở

Bệnh nhân sẽ được bắt đầu điều trị y khoa bằng thuốc kháng sinh và thuốc chống độc tố ngay sau khi nghi ngờ bệnh. Cần dùng thuốc kháng sinh để tiêu diệt vi sinh vật và hạn chế bệnh lây lan, nhưng cũng không được dùng để thay thế cho thuốc chống độc tố. Trong phương án phòng bệnh khi tiếp xúc và sau khi phơi nhiễm, thuốc kháng sinh cũng đóng vai trò quan trọng trong việc diệt trừ vi sinh vật cư trú.^[24]

Dùng thuốc chống độc tố là bước quan trọng trong việc điều trị bệnh bạch hầu. Thuốc này chỉ trung hòa độc tố ngoại bào, và do đó phải cho dùng sớm nhất có thể, thường là trước khi bệnh được xác nhận về mặt vi sinh. Thuốc chống độc tố là một loại huyết thanh ngựa, do đó phải xét nghiệm xem bệnh nhân có bị quá mẫn hay không trước khi cho dùng. Ngay cả sau khi thấy bệnh nhân bị quá mẫn, thì vẫn cần phải cho dùng, nhưng chỉ sau khi đã giải mẫn cảm. Bởi nhiễm trùng lâm sàng không phải lúc nào cũng sinh miễn dịch, nên cần cho bệnh nhân dùng liệu trình thuốc biến độc tố bạch cầu vào cuối tuần đầu mắc bệnh và hoàn thành liệu trình trong thời gian hồi phục.^[24]

Trong khi đó, những bệnh nhân liệt khẩu cái và liệt hầu có thể cần phải được nuôi ăn qua ống thông dạ dày^[25] Cần cách ly bệnh nhân trong thời gian điều trị và tiếp tục cách ly đến khi có 3 mẫu dịch hầu họng liên tiếp nuôi cấy cho kết quả âm tính. Có thể dùng thuốc giảm đau, thuốc tiêu nhầy và thuốc ho để hỗ trợ thêm sau liệu pháp khẩn cấp.

Viêm thanh quản do bệnh lao hoặc nhiễm nấm

Chủ đề này không trình bày chi tiết về bệnh viêm thanh quản do bệnh lao hoặc nấm. Phải giới thiệu những bệnh nhân nghi ngờ mắc bệnh lao đến bác sĩ chuyên khoa phổi hoặc bệnh truyền nhiễm để được chăm sóc và điều trị bệnh lao. Có thể chăm sóc thêm cho bệnh nhân bằng cách vệ sinh dây thanh, cho dùng thuốc giảm đau, thuốc tiêu nhầy và thuốc ho.

Những bệnh nhân bị viêm thanh quản do nấm sẽ được các bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng điều trị. Nếu bệnh nhân bị khàn giọng khi đang dùng thuốc corticosteroid đường hít, thì bác sĩ chăm sóc ban đầu cần khuyên bệnh nhân súc miệng bằng nước trước và sau khi hít. Cần giảm liều corticosteroid xuống mức liều thấp nhất có thể, nếu được chỉ định. Có thể vẫn phải cần giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng.

Viêm thanh quản mạn tính do bệnh lao hoặc nhiễm nấm

Bệnh nhân sẽ được điều trị bệnh viêm thanh quản mạn tính do bệnh lao bằng phác đồ trị lao từ bác sĩ chuyên khoa bệnh truyền nhiễm và sẽ được bác sĩ này chăm sóc. Viêm thanh quản mạn tính cũng có thể là do nhiễm nấm. Những bệnh nhân bị viêm thanh quản do nấm sẽ được các bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng điều trị. Chủ đề này không trình bày chi tiết về biện pháp điều trị bệnh viêm thanh quản do nấm.

Viêm thanh quản không nhiễm trùng

Hướng điều trị chính cho bệnh viêm thanh quản do chấn thương mạn tính là điều trị âm ngữ, và sẽ do chuyên gia âm ngữ trị liệu có kinh nghiệm thực hiện. Đối với những bệnh nhân bị căng dây thanh này, thì cần tiến hành vệ sinh dây thanh. Liệu pháp bao gồm những không giới hạn ở: để dây thanh được nghỉ ngơi, bù nhiều nước, làm ẩm và hạn chế dùng caffeine. Phải để dây thanh được nghỉ ngơi, bởi nếu cố quá khi thanh quản đang bị tổn thương, thì bệnh nhân có thể gặp phải các bệnh lý khác, chẳng hạn như sẹo hoặc xuất huyết dây thanh âm và khản tiếng do căng cơ. Khoảng thời gian để dây thanh nghỉ ngơi được khuyến nghị có thể khác nhau, tùy thuộc vào thói quen của từng bác sĩ, nhưng thường từ 3 đến 7 ngày. Ca sĩ không nên hát hoặc luyện thanh trong thời gian này.

Người phải làm nghề nói nhiều

Ở những người phải làm nghề nói nhiều, chẳng hạn như ca sĩ, có thể cần xử lý nhiều yếu tố hơn, bao gồm vệ sinh dây thanh, trào ngược và thói quen xã hội.[22] Có thể cân nhắc đến những phương án điều trị sau: đến gặp chuyên gia trị liệu thanh nhạc; corticosteroid đường uống hoặc xịt mũi nếu bị viêm mũi hoặc chứng viêm khác, cũng như dùng thuốc kháng sinh cho những trường hợp viêm xoang gây viêm thanh quản. Khàn giọng không phải lúc nào cũng do viêm phế quản, và do đó, cần khám kỹ bằng cách nội soi hoạt nghiệm qua video để đánh giá dây thanh âm và loại trừ suy đoán về tổn thương dây thanh nghiêm trọng hơn (xuất huyết hoặc rách niêm mạc dây thanh). Nếu bị tổn thương dây thanh nghiêm trọng, bệnh nhân nên để dây thanh được nghỉ ngơi và tránh nói nhiều. Nếu bị viêm thanh quản cấp tính do vi rút, bệnh nhân cần phải được bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng đánh giá. Nếu không bị tổn thương dây thanh nghiêm trọng, thì dùng corticosteroid dạng tiêm bắp, bù nhiều nước và hạn chế nói có thể giúp thuyên giảm bệnh tình trong trường hợp này. Phải tư vấn cho bệnh nhân biết rằng có thể gặp nguy cơ xuất huyết cao, tổn thương lâu hơn và giảm khả năng dây thanh nếu bị viêm thanh quản nhưng vẫn cố tiếp tục dùng dây thanh.

Tổng quan về các chi tiết điều trị

Tham khảo cơ sở dữ liệu được địa phương của quý vị để biết thông tin toàn diện về thuốc, bao gồm các chống chỉ định, tương tác giữa các loại thuốc, và liều dùng thay thế. (xem [Tuyên bố miễn trách nhiệm](#))

bắt đầu

(tóm tắt)

bắt đầu (tóm tắt)		
có khả năng bị chèn ép đường thở		
■ không nghi ngờ do bệnh bạch hầu	1	bảo vệ đường thở + chăm sóc hỗ trợ
	thêm	corticosteroid + thuốc kháng sinh theo kinh nghiệm
■ nghi ngờ do bệnh bạch hầu	thêm	cách ly + thuốc kháng sinh + thuốc chống độc tố trị bệnh bạch hầu

Cấp tính (tóm tắt)		
Vi-rút		
	1	chăm sóc hỗ trợ + vệ sinh dây thanh
	bổ sung	thuốc tiêu nhầy và/hoặc thuốc ho
nghi ngờ do nhiễm khuẩn: không do bệnh bạch hầu và không do bệnh lao		
	1	thuốc kháng sinh
	thêm	chăm sóc hỗ trợ + vệ sinh dây thanh
	bổ sung	thuốc tiêu nhầy và/hoặc thuốc ho
khả năng định do bệnh bạch hầu		
	1	tiếp tục cách ly + thuốc kháng sinh + thuốc biến độc trị bệnh bạch hầu
	bổ sung	Thuốc giảm đau
	bổ sung	thuốc tiêu nhầy và/hoặc thuốc ho
Bệnh lao		
	1	biện pháp cách ly và thuốc trị lao
	thêm	chăm sóc hỗ trợ + vệ sinh dây thanh
	bổ sung	thuốc tiêu nhầy và/hoặc thuốc ho
do nấm		
	1	đến gặp bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng
căng dây thanh		
	1	vệ sinh dây thanh

Các lựa chọn điều trị

bắt đầu

có khả năng bị chèn ép đường thở

có khả năng bị chèn ép đường thở

1

bảo vệ đường thở + chăm sóc hỗ trợ

» Nếu bệnh nhân bị suy hô hấp, thì cần đánh giá bệnh nhân trong môi trường có kiểm soát, có trang thiết bị để thực hiện thủ thuật đặt nội khí quản an toàn. Cần mở khí quản cấp cứu nếu phù nề nhiều, có thể không đặt nội khí quản bình thường được.

» Cần khám cho những trẻ có triệu chứng cơ năng và triệu chứng thực thể của bệnh viêm nắp thanh thiệt (ví dụ: sốt cao, đau họng, có biểu hiện nhiễm độc, chảy nước dãi, tay tì gối do suy hô hấp, khó thở, và kích ứng) trong môi trường có kiểm soát, chẳng hạn như phòng phẫu thuật, nơi có thể tiến hành đặt nội khí quản nếu nghi ngờ tắc nghẽn đường thở.

» Nếu bệnh nhân là người lớn, có thể soi thanh quản bằng ống mềm. Nên tránh thực hiện trên vùng thượng thanh môn. Nếu cần, có thể tiến hành đặt nội khí quản trong khi soi thanh quản bằng ống mềm qua màn hình hiển thị trực tiếp.

» Suy hô hấp cấp khó xảy ra khi bệnh nhân bị viêm thanh quản cấp tính không biến chứng và không có yếu tố nguy cơ tiềm ẩn, chẳng hạn như hẹp dưới thanh môn hoặc liệt dây thanh âm hai bên.

» Bệnh nhân bị bệnh bạch hầu có khả năng sẽ tiến triển thành suy đường thở. Những bệnh nhân này cần được nhập viện, quan sát chặt chẽ và soi thanh quản gián tiếp nhiều lần bằng nội soi. Cần đảm bảo an toàn cho đường thở trong trường hợp dịch tiết tích tụ ngày càng nhiều gây tắc nghẽn. Những bệnh nhân bị liệt khẩu cái và liệt hầu có thể cần phải được nuôi ăn bằng ống thông mũi dạ dày.[25]

■ không nghi ngờ do bệnh bạch hầu

thêm

corticosteroid + thuốc kháng sinh theo kinh nghiệm

Các lựa chọn sơ cấp

» **Dexamethasone sodium phosphate**: trẻ em và người lớn: 2 mg/kg/ngày, chia liều tiêm qua đường tĩnh mạch, 6 tiếng một lần.

-và-

» **cefazolin**: trẻ em >1 tháng tuổi: 25-100 mg/kg/ngày, chia liều tiêm qua đường tĩnh mạch, 6-8 tiếng một lần; người lớn: 500 mg, tiêm qua đường tĩnh mạch, 6 tiếng một lần; sau đó dùng cefalexin đường uống khi thích hợp

-và-

» **cefalexin**: trẻ em: 25-50 mg/kg/ngày, chia liều dùng đường uống, 12 tiếng một lần; người lớn:

bắt đầu

500 mg dùng đường uống, 12 tiếng một lần; sau đó là hoàn thành liệu pháp cefazolin đường tiêm tĩnh mạch.

» Bệnh nhân sẽ được cho dùng corticosteroid để thuyên giảm chứng phù nề. Y văn hiện vẫn chưa có đầy đủ bằng chứng về việc dùng corticosteroid để điều trị bệnh viêm thanh quản cấp tính.[9] [19] [20] [21] [22] Một nghiên cứu đã so sánh corticosteroid đường hít so với corticosteroid đường uống. Tình trạng phù nề đã cải thiện rõ rệt ở nhóm dùng corticosteroid đường hít so với nhóm dùng corticosteroid đường uống.[20] Ở một nghiên cứu khác, liệu pháp dùng corticosteroid đường uống đã được chứng minh là làm giảm chất chỉ điểm gây viêm và tăng chất chỉ điểm kháng viêm ở mẫu dây thanh âm bị chấn thương do bị sử dụng quá mức ở người.[9] Các nhà nghiên cứu đã kết luận rằng đây sẽ là cơ sở sinh học chứng minh nên sử dụng corticosteroid khi dây thanh âm bị viêm cấp tính liên quan đến chấn thương do bị sử dụng quá mức.

» Cần cân nhắc điều trị sớm bằng thuốc kháng sinh; tuy nhiên theo đánh giá của Cochrane về thuốc kháng sinh dùng trong bệnh viêm thanh quản cấp tính ở người lớn, có vẻ như không có lợi ích đáng kể về mặt lâm sàng khi dùng thuốc kháng sinh để điều trị bệnh viêm thanh quản cấp tính; tuy nhiên vẫn chưa có khuyến nghị chắc chắn nào.[18] Sử dụng thuốc kháng sinh có thể làm tăng tỉ lệ vi sinh vật kháng thuốc cũng như phát sinh nguy cơ bất lợi và gây tổn kém quá mức.

» Ban đầu bệnh nhân sẽ được tiêm thuốc kháng sinh qua tĩnh mạch, sau đó là dùng đường uống nếu phù hợp.

» Các bác sĩ khác nhau sẽ có cách điều trị khác nhau, tuy nhiên một số bệnh nhân có thể tiếp tục liệu trình giảm liều corticosteroid đường uống khi ngưng liệu tiêm qua tĩnh mạch.

» Thời gian điều trị khác nhau, tùy theo triệu chứng và đáp ứng của cơ thể.

■ nghi ngờ do bệnh bạch hầu

thêm

cách ly + thuốc kháng sinh + thuốc chống độc tố trị bệnh bạch hầu

Các lựa chọn sơ cấp

» **benzylpenicillin sodium**: trẻ em: 100 mg/kg/ngày, chia liều tiêm qua tĩnh mạch/tiêm bắp, 6 tiếng một lần; người lớn: 2,4 đến 4,8 g chia liều tiêm tĩnh mạch/tiêm bắp, 6 tiếng một lần, dùng hàng ngày -và-

» **thuốc kháng độc tố bạch hầu (equine)**: trẻ em và người lớn: tham khảo ý kiến chuyên gia để có hướng dẫn về liều dùng

Các lựa chọn thứ cấp

bắt đầu

» **gốc erythromycin**: trẻ em: 40-50 mg/kg/ngày, chia liều dùng đường uống/tiêm tĩnh mạch, 6 tiếng một lần, tối đa 2000 mg/ngày; người lớn: 250-500 mg dùng đường uống/tiêm tĩnh mạch, 6 tiếng một lần

-và-

» **thuốc kháng độc tố bạch hầu (equine)**: trẻ em và người lớn: tham khảo ý kiến chuyên gia để có hướng dẫn về liều dùng

» Sau khi nghi ngờ bệnh, cần bắt đầu điều trị ngay không được chậm trễ. Cần cách ly bệnh nhân.

» Vẫn phải dùng thuốc kháng sinh để tiêu diệt vi sinh vật và hạn chế bệnh lây lan. Thông thường bệnh nhân dùng liệu pháp tiêm truyền qua đường tĩnh mạch cho đến khi có thể nuốt bình thường, ở thời điểm đó có thể thay thế bằng liệu pháp điều trị đường uống phù hợp.

» Dùng thuốc chống độc tố trị bệnh bạch hầu cũng là một bước quan trọng. Thuốc này sẽ chỉ trung hòa độc tố ngoại bào, và do đó phải cho dùng sớm nhất có thể, thường là trước khi bệnh được xác nhận về mặt vi sinh.

» Thuốc chống độc tố là một loại huyết thanh ngựa, do đó phải xét nghiệm xem bệnh nhân có bị quá mẫn hay không. Ngay cả sau khi thấy bệnh nhân bị quá mẫn, thì vẫn cần phải cho dùng, nhưng chỉ sau khi đã giải mẫn cảm.

» Tiến trình điều trị bằng thuốc kháng sinh: 14 ngày.

Cấp tính

Vi-rút

1 chăm sóc hỗ trợ + vệ sinh dây thanh

Các lựa chọn sơ cấp

» **Paracetamol**: trẻ em: 10-15 mg/kg, dùng đường uống, 4-6 giờ một lần khi cần, tối đa 75 mg/kg/ngày; người lớn: 500-1000 mg, dùng đường uống, 4-6 giờ một lần khi cần, tối đa 4000 mg/ngày

» Chăm sóc hỗ trợ bao gồm dùng thuốc giảm đau được chỉ định.

» Vệ sinh dây thanh là bước quan trọng nhất trong phác đồ điều trị. Phác đồ bao gồm nhưng không giới hạn ở: để dây thanh được nghỉ ngơi, bù nhiều nước, làm ẩm và hạn chế dùng caffeine.

» Đặc biệt, không được cường điệu quá mức biện pháp để dây thanh nghỉ ngơi ở bệnh viêm thanh quản. Các bác sĩ khác nhau sẽ khuyến nghị thời gian để dây

Cấp tính

thanh nghỉ ngơi khác nhau, nhưng thường là từ 3 đến 7 ngày.

» Ca sĩ không nên hát hoặc luyện thanh trong thời gian này.

» Nếu cổ quá khi thanh quản đang bị tổn thương, bệnh nhân có thể gặp phải các bệnh lý khác, chẳng hạn như sặc hoặc xuất huyết dây thanh âm và khản tiếng do căng cơ.

bổ sung

thuốc tiêu nhầy và/hoặc thuốc ho

Các lựa chọn sơ cấp

» **guaifenesin**: trẻ em ≥ 2 tuổi: 12 mg/kg/ngày, chia thành 4-6 liều, dùng đường uống (dạng phóng thích ngay); người lớn: 1200 mg dùng đường uống (dạng phóng thích chậm), hai lần mỗi ngày.

-và/hoặc-

» **codeine phosphate**: người lớn: 15-30 mg dùng đường uống, 6-8 giờ một lần khi cần, tối đa 120 mg/ngày

» Mặc dù chưa có thử nghiệm xác nhận, nhưng các loại thuốc tiêu nhầy đã được dùng rộng rãi để làm giảm nhầy dịch tiết.

» Loại thuốc này có thể khôi phục chất lượng nước của dịch nhầy trong thanh môn - một loại thành phần quan trọng giúp bôi trơn dây thanh âm thực.[23]

» Dịch nhầy đặc khiến bệnh nhân phải khạc thông họng, do đó khiến dây thanh âm càng bị phù nề và tổn thương hơn, và gây ra các bệnh lý về dây thanh âm.

» Có thể kê thuốc trị ho cho những bệnh nhân bị ho. Không nên sử dụng thuốc ho và thuốc cảm lạnh chứa opioid, như codeine hoặc hydrocodone, ở trẻ em từ 18 tuổi trở xuống do các nguy cơ (thở chậm hoặc khó thở, lạm dụng, sử dụng sai, gây nghiện, quá liều, và tử vong) nhiều hơn lợi ích khi sử dụng để điều trị ho ở những bệnh nhân này.[26]

ngiht ngừ do nhiễm khuẩn: không do bệnh bạch hầu và không do bệnh lao

1

thuốc kháng sinh

Các lựa chọn sơ cấp

» **phenoxymethylpenicillin**: trẻ em: 25-50 mg/kg/ngày, chia liều dùng đường uống, 6-8 giờ một lần, tối đa 3000 mg/ngày; người lớn: 500 mg dùng đường uống, hai lần mỗi ngày

Các lựa chọn thứ cấp

» **gốc erythromycin**: trẻ em: 30-50 mg/kg/ngày, chia liều dùng đường uống, 6-8 giờ một lần, tối

Cấp tính

đa 2000 mg/ngày; người lớn: 500 mg dùng đường uống, hai lần mỗi ngày

» Chỉ được chỉ định bệnh nhân dùng thuốc kháng sinh khi nghi ngờ do nhiễm khuẩn, và cần bắt đầu liệu trình theo kinh nghiệm.[18] 1[B]Evidence

» Mặc dù vẫn chưa có khuyến nghị chắc chắn nào, nhưng theo đánh giá của Cochrane về thuốc kháng sinh dùng trong bệnh viêm thanh quản cấp tính ở người lớn, có vẻ như không có lợi ích đáng kể về mặt lâm sàng khi dùng thuốc kháng sinh để điều trị bệnh viêm thanh quản cấp tính.[18] Sử dụng thuốc kháng sinh có thể làm tăng tỉ lệ vi sinh vật kháng thuốc cũng như phát sinh nguy cơ bất lợi và gây tổn kém quá mức.

» Phần lớn số ca bệnh viêm thanh quản cấp tính là do vi-rút.

» Tiến trình điều trị: 14 ngày (10 ngày ở người lớn).

thêm

chăm sóc hỗ trợ + vệ sinh dây thanh

Các lựa chọn sơ cấp

» **Paracetamol**: trẻ em: 10-15 mg/kg, dùng đường uống, 4-6 giờ một lần khi cần, tối đa 75 mg/kg/ngày; người lớn: 500-1000 mg, dùng đường uống, 4-6 giờ một lần khi cần, tối đa 4000 mg/ngày

» Chăm sóc hỗ trợ bao gồm dùng thuốc giảm đau được chỉ định.

» Vệ sinh dây thanh là một bước quan trọng trong phác đồ điều trị. Phác đồ bao gồm nhưng không giới hạn ở: để dây thanh được nghỉ ngơi, bù nhiều nước, làm ẩm và hạn chế dùng caffeine.

» Các bác sĩ khác nhau sẽ khuyến nghị thời gian để dây thanh nghỉ ngơi khác nhau, nhưng thường là từ 3 đến 7 ngày.

» Ca sĩ không nên hát hoặc luyện thanh trong thời gian này.

» Nếu cổ quá khi thanh quản đang bị tổn thương, bệnh nhân có thể gặp phải các bệnh lý khác, chẳng hạn như sặc hoặc xuất huyết dây thanh âm và khản tiếng do căng cơ.

bổ sung

thuốc tiêu nhầy và/hoặc thuốc ho

Các lựa chọn sơ cấp

» **guaifenesin**: trẻ em ≥ 2 tuổi: 12 mg/kg/ngày, chia thành 4-6 liều, dùng đường uống (dạng phóng thích ngay); người lớn: 1200 mg dùng đường uống (dạng phóng thích chậm), hai lần mỗi ngày.
-và/hoặc-

Cấp tính

» **codeine phosphate**: người lớn: 15-30 mg dùng đường uống, 6-8 giờ một lần khi cần, tối đa 120 mg/ngày

» Mặc dù chưa có thử nghiệm xác nhận, nhưng các loại thuốc tiêu nhầy đã được dùng rộng rãi để làm giảm nhầy dịch tiết.

» Loại thuốc này có thể khôi phục chất lượng nước của dịch nhầy trong thanh môn - một loại thành phần quan trọng giúp bôi trơn dây thanh âm thực.[23]

» Dịch nhầy đặc khiến bệnh nhân phải khạc thông họng, do đó khiến dây thanh âm càng bị phù nề và tổn thương hơn, và gây ra các bệnh lý về dây thanh âm.

» Có thể kê thuốc trị ho cho những bệnh nhân bị ho. Không nên sử dụng thuốc ho và thuốc cảm lạnh chứa opioid, như codeine hoặc hydrocodone, ở trẻ em từ 18 tuổi trở xuống do các nguy cơ (thở chậm hoặc khó thở, lạm dụng, sử dụng sai, gây nghiện, quá liều, và tử vong) nhiều hơn lợi ích khi sử dụng để điều trị ho ở những bệnh nhân này.[26]

kháng định do bệnh bạch hầu

1 tiếp tục cách ly + thuốc kháng sinh + thuốc biến độc trị bệnh bạch hầu

Các lựa chọn sơ cấp

» **phenoxymethylpenicillin**: trẻ em: 25-50 mg/kg/ngày, chia liều dùng đường uống, 6-8 giờ một lần, tối đa 3000 mg/ngày; người lớn: 500-1000 mg, dùng đường uống, bốn lần mỗi ngày

-và-

» **thuốc biến độc trị bệnh bạch hầu**: trẻ em và người lớn: tham khảo ý kiến chuyên gia để có hướng dẫn về liều dùng

Các lựa chọn thứ cấp

» **gốc erythromycin**: children: 40-50 mg/kg/ngày, chia liều dùng đường uống, 6 giờ một lần, tối đa 2000 mg/ngày; người lớn: 250-500 mg dùng đường uống, 6 giờ một lần

-và-

» **thuốc biến độc trị bệnh bạch hầu**: trẻ em và người lớn: tham khảo ý kiến chuyên gia để có hướng dẫn về liều dùng

» Cần cách ly bệnh nhân trong thời gian điều trị và vẫn phải cách ly cho đến khi lấy được 3 mẫu dịch họng sau khi liệu pháp nuôi cấy cho kết quả âm tính.

» Cần hoàn thành phác đồ kháng sinh, nếu dùng.

Cấp tính

» Trong phương án phòng bệnh khi tiếp xúc và sau khi phơi nhiễm, thuốc kháng sinh cũng đóng vai trò quan trọng trong việc diệt trừ vi sinh vật cư trú.[24]

» Bồi nhiễm trùng lâm sàng không phải lúc nào cũng sinh miễn dịch, nên cần cho bệnh nhân dùng liệu trình thuốc biến độc tố bệnh bạch cầu vào cuối tuần đầu mắc bệnh và hoàn thành liệu trình trong thời gian hồi phục.[24]

» Tiến trình điều trị bằng thuốc kháng sinh: 14 ngày.

bổ sung

Thuốc giảm đau

Các lựa chọn sơ cấp

» **Paracetamol**: trẻ em: 10-15 mg/kg, dùng đường uống, 4-6 giờ một lần khi cần, tối đa 75 mg/kg/ngày; người lớn: 500-1000 mg, dùng đường uống, 4-6 giờ một lần khi cần, tối đa 4000 mg/ngày

» Có thể dùng thuốc giảm đau khi chăm sóc hỗ trợ.

bổ sung

thuốc tiêu nhầy và/hoặc thuốc ho

Các lựa chọn sơ cấp

» **guaifenesin**: trẻ em ≥ 2 tuổi: 12 mg/kg/ngày, chia thành 4-6 liều, dùng đường uống (dạng phóng thích ngay); người lớn: 1200 mg dùng đường uống (dạng phóng thích chậm), hai lần mỗi ngày.

-và/hoặc-

» **codeine phosphate**: người lớn: 15-30 mg dùng đường uống, 6-8 giờ một lần khi cần, tối đa 120 mg/ngày

» Mặc dù chưa có thử nghiệm xác nhận, nhưng các loại thuốc tiêu nhầy đã được dùng rộng rãi để làm giảm nhầy dịch tiết.

» Loại thuốc này có thể khôi phục chất lượng nước của dịch nhầy trong thanh môn - một loại thành phần quan trọng giúp bôi trơn dây thanh âm thực.[23]

» Dịch nhầy đặc khiến bệnh nhân phải khạc thông họng, do đó khiến dây thanh âm càng bị phù nề và tổn thương hơn, và gây ra các bệnh lý về dây thanh âm.

» Có thể kê thuốc trị ho cho những bệnh nhân bị ho. Không nên sử dụng thuốc ho và thuốc cảm lạnh chứa opioid, như codeine hoặc hydrocodone, ở trẻ em từ 18 tuổi trở xuống do các nguy cơ (thở chậm hoặc khó thở, lạm dụng, sử dụng sai, gây nghiện, quá liều, và tử vong) nhiều hơn lợi ích khi sử dụng để điều trị ho ở những bệnh nhân này.[26]

Bệnh lao

1

biện pháp cách ly và thuốc trị lao

» Cần cách ly đường hô hấp hoàn toàn.

Cấp tính

thêm

» Chủ đề này không trình bày chi tiết về biện pháp điều trị bệnh lao.

» Phải giới thiệu những bệnh nhân nghi ngờ mắc bệnh lao đến bác sĩ chuyên khoa phổi hoặc bệnh truyền nhiễm để được chăm sóc và điều trị bệnh lao.

chăm sóc hỗ trợ + vệ sinh dây thanh

Các lựa chọn sơ cấp

» **Paracetamol**: trẻ em: 10-15 mg/kg, dùng đường uống, 4-6 giờ một lần khi cần, tối đa 75 mg/kg/ngày; người lớn: 500-1000 mg, dùng đường uống, 4-6 giờ một lần khi cần, tối đa 4000 mg/ngày

» Vệ sinh dây thanh là một bước trong phác đồ điều trị.

» Phác đồ bao gồm bù nhiều nước, làm ẩm và hạn chế dùng caffeine.

» Có thể dùng thuốc giảm đau khi chăm sóc hỗ trợ.

bổ sung

thuốc tiêu nhầy và/hoặc thuốc ho

Các lựa chọn sơ cấp

» **guaifenesin**: trẻ em ≥ 2 tuổi: 12 mg/kg/ngày, chia thành 4-6 liều, dùng đường uống (dạng phóng thích ngay); người lớn: 1200 mg dùng đường uống (dạng phóng thích chậm), hai lần mỗi ngày.

-và/hoặc-

» **codeine phosphate**: người lớn: 15-30 mg dùng đường uống, 6-8 giờ một lần khi cần, tối đa 120 mg/ngày

» Mặc dù chưa có thử nghiệm xác nhận, nhưng các loại thuốc tiêu nhầy đã được dùng rộng rãi để làm giảm nhầy dịch tiết.

» Loại thuốc này có thể khôi phục chất lượng nước của dịch nhầy trong thanh môn - một loại thành phần quan trọng giúp bôi trơn dây thanh âm thực.[23]

» Dịch nhầy đặc khiến bệnh nhân phải khạc thông họng, do đó khiến dây thanh âm càng bị phù nề và tổn thương hơn, và gây ra các bệnh lý về dây thanh âm.

» Có thể kê thuốc trị ho cho những bệnh nhân bị ho. Không nên sử dụng thuốc ho và thuốc cảm lạnh chứa opioid, như codeine hoặc hydrocodone, ở trẻ em từ 18 tuổi trở xuống do các nguy cơ (thở chậm hoặc khó thở, lạm dụng, sử dụng sai, gây nghiện, quá liều, và tử vong) nhiều hơn lợi ích khi sử dụng để điều trị ho ở những bệnh nhân này.[26]

do năm

1

đến gặp bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng

Cấp tính

- » Chủ đề này không trình bày chi tiết về biện pháp điều trị bệnh viêm thanh quản do nấm.
- » Những bệnh nhân bị viêm thanh quản do nấm sẽ được các bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng điều trị.
- » Nếu bệnh nhân bị khàn giọng khi đang dùng thuốc corticosteroid đường hít, thì bác sĩ chăm sóc ban đầu cần khuyên bệnh nhân súc miệng bằng nước trước và sau khi hít.
- » Cần giảm liều corticosteroid xuống mức liều thấp nhất có thể, nếu được chỉ định. Có thể vẫn phải cần giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng.

căng dây thanh

1 vệ sinh dây thanh

- » Hướng điều trị tình trạng căng dây thanh chính, bao gồm cả điều trị cho những người làm nghề nói nhiều, thông thường là điều trị âm ngữ do chuyên gia âm ngữ trị liệu có kinh nghiệm thực hiện. Đối với những bệnh nhân bị căng dây thanh này, thì cần tiến hành vệ sinh dây thanh. Liệu pháp bao gồm nhưng không giới hạn ở: để dây thanh được nghỉ ngơi, bù nước nhiều, làm ẩm và hạn chế dùng caffeine.
- » Phải để dây thanh được nghỉ ngơi, bởi nếu cố quá khi thanh quản đang bị tổn thương, thì bệnh nhân có thể gặp phải các bệnh lý khác, chẳng hạn như sẹo hoặc xuất huyết dây thanh âm và khàn tiếng do căng cơ. Khoảng thời gian để dây thanh nghỉ ngơi được khuyến nghị có thể khác nhau, tùy thuộc vào cách hành nghề thông thường của từng bác sĩ, nhưng thường từ 3 đến 7 ngày. Ca sĩ không nên hát hoặc luyện thanh trong thời gian này.

Khuyến nghị

Giám sát

Không cần phải theo dõi lâu dài, trừ khi bệnh nhân bị khàn giọng dai dẳng. Trong trường hợp bệnh nhân vẫn bị khàn giọng, cần giới thiệu bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng để loại các bệnh lý khác của dây thanh âm hay chứng mất tiếng do căng cơ. Điều quan trọng cần lưu ý đó là nếu bệnh nhân bị khàn giọng kéo dài quá 3 tuần, cần giới thiệu bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng để được đánh giá và cần loại trừ bệnh lý ác tính.

Hướng dẫn dành cho bệnh nhân

Việc vệ sinh dây thanh là vô cùng quan trọng. [\[American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery: Keeping your voice healthy\]](#) Một trong những bước quan trọng trong liệu pháp này đó là phải bù đủ nước. Cần khuyến nghị bệnh nhân:

- Uống 6-8 ly nước (8 oz) mỗi ngày
- Tránh hút thuốc
- Tránh caffeine
- Tránh lạm dụng dây thanh (ví dụ: la hét).

Để dây thanh được nghỉ ngơi là phương thuốc vô giá, đặc biệt là những người làm nghề nói nhiều (ví dụ: ca sĩ, luật sư, giáo viên). Các bác sĩ khác nhau sẽ khuyến nghị thời gian để dây thanh nghỉ ngơi khác nhau, nhưng thường là từ 3 đến 7 ngày.

Các biến chứng

Các biến chứng	Khung thời gian	Khả năng
Chèn ép đường thở	ngắn hạn	thấp
Nguy cơ xảy ra bệnh viêm thanh quản nhiễm trùng cấp tính không biến chứng khá thấp, nhưng nguy cơ bị bệnh bạch hầu lại cao. Theo dõi chặt chẽ bằng cách soi thanh quản nhiều lần là điều vô cùng quan trọng. Cần áp dụng hướng tiếp cận đa ngành (bao gồm khoa tai, mũi và họng; khoa bệnh truyền nhiễm; và gây mê).		
gây tổn thương trên dây thanh âm thực	dài hạn	thấp
Viêm thanh quản nhiễm trùng cấp tính thường là do vi-rút gây ra và sẽ tự khỏi, hiếm khi khởi phát biến chứng. Trong trường hợp dùng dây thanh quá nhiều, bệnh nhân có thể bị tổn thương dây thanh âm. Có thể phòng ngừa tình trạng này bằng cách để dây thanh được nghỉ ngơi và bù nước. Trong trường hợp khàn giọng dai dẳng sau 3 tuần, cần giới thiệu bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa thanh quản.		
hẹp thanh quản (do bệnh lao)	dài hạn	thấp
Không điều trị bệnh lao có thể để lại sẹo và gây hẹp thanh quản.		

Các biến chứng	Khung thời gian	Khả năng
khản tiếng do căng cơ	dài hạn	thấp
Nói quá nhiều sẽ dẫn đến hiện tượng bù trừ và do đó gây ra mất tiếng do căng cơ. Phải giải thích rõ tình hình cho bệnh nhân, và trong trường hợp bị khản tiếng dai dẳng, cần giới thiệu bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa thanh quản.		

Tiên lượng

Viêm thanh quản nhiễm trùng cấp tính

Đây thường là căn bệnh tự khỏi. Nếu để dây thanh được nghỉ ngơi và bù nhiều nước, bệnh nhân sẽ khỏi bệnh hoàn toàn trong một vài ngày. Nếu vẫn cố quá, bệnh nhân có thể bị tổn thương dây thanh âm thực và gặp phải các bệnh lý khác. Không chỉ vậy, bệnh nhân còn có thể sinh cơ chế bù trừ, sau đó dẫn đến mất tiếng do tăng căng cơ. Do đó, cần cho bệnh nhân biết về tầm quan trọng của việc để dây thanh được nghỉ ngơi và bù nước.

Bệnh bạch hầu

Tuổi tác và tình hình tiêm vắc-xin là những yếu tố quan trọng khi tiên lượng. Bệnh nhân lớn tuổi và nhỏ thường sẽ có tiên lượng kém hơn, trong khi tiền sử từng tiêm vắc-xin thường sẽ cho tiên lượng tốt hơn. Càng chậm trễ dùng thuốc chống độc tố trị bệnh bạch hầu, bệnh nhân càng có nguy cơ gặp phải các biến chứng ngộ độc liên quan. Do đó, điều quan trọng là phải dùng thuốc chống độc tố trị bệnh bạch hầu càng sớm càng tốt.

Lao phổi

Sau khi bắt đầu liệu pháp điều trị thích hợp, các tổn thương trên thanh quản sẽ thuyên giảm. Nếu không điều trị, tổn thương sẽ tiến triển và có thể gây xơ hóa, sẹo và cuối cùng bệnh nhân sẽ bị hẹp thanh quản. Tình trạng này có thể cần phải mở khí quản.

Hướng dẫn chẩn đoán

Châu Âu

Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia)

Nhà xuất bản: American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery Foundation

Xuất bản lần cuối: 2009

Hướng dẫn điều trị

Châu Âu

Finnish guidelines for the treatment of laryngitis, wheezing bronchitis and bronchiolitis in children

Nhà xuất bản: Finnish Current Care Guidelines

Xuất bản lần cuối: 2016

Nguồn trợ giúp trực tuyến

1. [American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery: Keeping your voice healthy \(external link\)](#)

Điểm số bằng chứng

1. Cải thiện chất lượng giọng nói theo đánh giá khách quan và chủ quan: có bằng chứng không chắc chắn lắm chứng minh rằng chất lượng giọng nói theo đánh giá khách quan không có khác biệt đáng kể ở những bệnh nhân bị viêm thanh quản mạn tính dùng penicillin V so với giả dược, hoặc erythromycin so với giả dược, mặc dù erythromycin được cho là đem lại lợi ích đáng kể đối với những triệu chứng dây thanh mà bệnh nhân báo cáo sau 1 tuần khi so với giả dược.[18]

Bằng chứng cấp độ B: Các thử nghiệm ngẫu nhiên đối chứng (RCT) với <200 người tham gia, các RCT có lỗi về phương pháp với >200 người tham gia, các đánh giá hệ thống (SR) có lỗi về phương pháp hoặc các nghiên cứu quan sát (thuần tập) có chất lượng cao.

Các bài báo chủ yếu

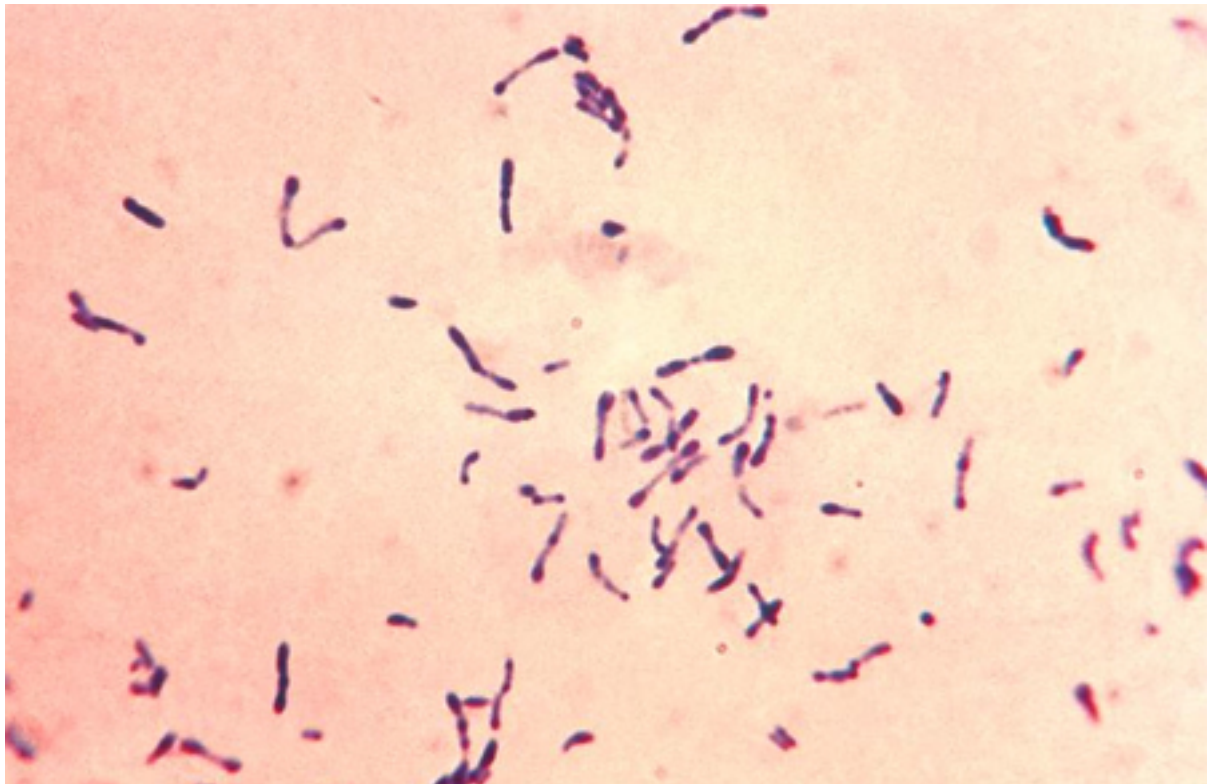
- Alcaide ML, Bisno AL. Pharyngitis and epiglottitis. Infect Dis Clin North Am. 2007;21:449-469. [Tóm lược](#)
- Tulunay OE. Laryngitis - diagnosis and management. Otolaryngol Clin North Am. 2008;41:437-451. [Tóm lược](#)

Tài liệu tham khảo

- Alcaide ML, Bisno AL. Pharyngitis and epiglottitis. Infect Dis Clin North Am. 2007;21:449-469. [Tóm lược](#)
- Birmingham Research Unit of the Royal College of General Practitioners. Communicable and respiratory disease report for England and Wales. 2006. <http://www.rcgp.org.uk/> (last accessed 27 September 2017). [Toàn văn](#)
- Frantz TD, Rasgon BM. Acute epiglottitis: changing epidemiologic patterns. Otolaryngol Head Neck Surg. 1993;109:457-460. [Tóm lược](#)
- American Academy of Pediatrics. Diphtheria. In: Pickering LK, Baker CJ, Long SS, et al, eds. Red book: 2006 report of the committee on infectious diseases. 27th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2006:277. [Toàn văn](#)
- Tulunay OE. Laryngitis - diagnosis and management. Otolaryngol Clin North Am. 2008;41:437-451. [Tóm lược](#)
- Dworkin JP. Laryngitis: types, causes, and treatments. Otolaryngol Clin North Am. 2008;41:419-436. [Tóm lược](#)
- Koufman JA. The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD): a clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24-hour pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury. Laryngoscope. 1991;101(suppl 53):1-78. [Tóm lược](#)
- Titze IR, Svec JG, Popolo PS. Vocal dose measures: quantifying accumulated vibration exposure in vocal fold tissues. J Speech Lang Hear Res. 2003;46:919-932. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Ingle JW, Helou LB, Li NY, et al. Role of steroids in acute phonotrauma: a basic science investigation. Laryngoscope. 2014;124:921-927. [Tóm lược](#)
- Allen S, Batungwanayo J, Kerlikowske K, et al. Two-year incidence of tuberculosis in cohorts of HIV-infected and uninfected urban Rwandan women. Am Rev Respir Dis. 1992;146:1439-1444. [Tóm lược](#)
- Perneger TV, Sudre P, Lundgren JD, et al; AIDS in Europe Study Group. Does the onset of tuberculosis in AIDS predict shorter survival? Results of a cohort study in 17 European countries over 13 years. BMJ. 1995;311:1468-1471. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Ben Gamra O, Mbarek C, Charfi S, et al. Chronic laryngitis in adults [in French]. Tunis Med. 2007;85:641-643. [Tóm lược](#)
- Israel HL. Chemoprophylaxis for tuberculosis. Respir Med. 1993;87:81-83. [Tóm lược](#)

14. Gupta SK, Postma GN, Koufman JA. Laryngitis. In: Bailey BJ, Johnson JT, eds. Head and neck surgery otolaryngology. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2006:829-836.
15. Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. The validity and reliability of the reflux finding score (RFS). Laryngoscope. 2001;111:1313-1317. [Tóm lược](#)
16. Shohet JA, Courey MS, Scott MA, et al. Value of videostroboscopic parameters in differentiating true vocal fold cysts from polyps. Laryngoscope. 1996;106:19-26. [Tóm lược](#)
17. Schwartz SR, Cohen SM, Dailey SH, et al. Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia). Otolaryngol Head Neck Surg. 2009;141(suppl 2):S1-S31. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
18. Reveiz L, Cardona AF. Antibiotics for acute laryngitis in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(5):CD004783. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
19. Rafii B, Sridharan S, Taliercio S, et al. Glucocorticoids in laryngology: a review. Laryngoscope. 2014;124:1668-1673. [Tóm lược](#)
20. Souza AM, Duprat Ade C, Costa RC, et al. Use of inhaled versus oral steroids for acute dysphonia. Braz J Otorhinolaryngol. 2013;79:196-202. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
21. DelGaudio JM. Steroid inhaler laryngitis: dysphonia caused by inhaled fluticasone therapy. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2002;128:677-681. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
22. Klein AM, Johns MM 3rd. Vocal emergencies. Otolaryngol Clin North Am. 2007;40:1063-1080. [Tóm lược](#)
23. Garrett CG, Ossoff RH. Hoarseness. Med Clin North Am. 1999;83:115-123. [Tóm lược](#)
24. Efstratiou A. Diphtheria. In: Cohen J, Powderly WG, eds. Infectious disease. 2nd ed. Edinburgh, UK: Mosby; 2004:1655-1658.
25. Lebovics RS, Neel HB III. Infectious and inflammatory disorders of the larynx. In: Sataloff RT, ed. Professional voice: the science and art of clinical care. 3rd ed. San Diego, CA: Plural Publishing; 2005:791-798.
26. Food and Drug Administration. FDA drug safety communication: FDA requires labeling changes for prescription opioid cough and cold medicines to limit their use to adults 18 years and older. January 2018 [internet publication]. [Toàn văn](#)

Hình ảnh



Hình 1: Vi khuẩn *Corynebacterium diphtheriae*, nhuộm bằng methylene xanh; mẫu bệnh phẩm lấy từ khay nuôi cấy *Pai slant*

Hình ảnh từ CDC/Bác sĩ P.B. Smith



Hình 2: Một cậu bé bị nhiễm bệnh bạch hầu cấp tính

Hình ảnh của CDC

Tuyên bố miễn trách nhiệm

bên ngoài Hoa Kỳ và Canada. BMJ Publishing Group Ltd ("BMJ Group") nỗ lực để đảm bảo rằng các thông tin được cung cấp là chính xác và cập nhật, nhưng chúng tôi và cả những người cấp giấy phép của chúng tôi, là những người cung cấp các nội dung nhất định có liên kết với nội dung của chúng tôi hoặc có thể truy cập được từ nội dung của chúng tôi, đều không đảm bảo điều đó. BMJ Group không ủng hộ hay xác nhận việc sử dụng bất kỳ loại thuốc hay trị liệu nào trong đó và BMJ Group cũng không thực hiện chẩn đoán cho các bệnh nhân. Các chuyên gia y tế cần sử dụng những cân nhắc chuyên môn của mình trong việc sử dụng thông tin này và chăm sóc cho bệnh nhân của họ và thông tin trong này không được coi là sự thay thế cho việc đó.

các phương pháp chẩn đoán, điều trị, liên lạc theo dõi, thuốc và bất kỳ chống chỉ định hay phản ứng phụ nào. Ngoài ra, các tiêu chuẩn và thực hành y khoa đó thay đổi khi có thêm số liệu, và quý vị nên tham khảo nhiều nguồn khác nhau. Chúng tôi đặc biệt khuyến nghị người dùng nên xác minh độc lập các chẩn đoán, điều trị và theo dõi liên lạc được đưa ra, đồng thời đảm bảo rằng thông tin đó là phù hợp cho bệnh nhân trong khu vực của quý vị. Ngoài ra, liên quan đến thuốc kê toa, chúng tôi khuyên quý vị nên kiểm tra trang thông tin sản phẩm kèm theo mỗi loại thuốc để xác minh các điều kiện sử dụng và xác định bất kỳ thay đổi nào về liều dùng hay chống chỉ định, đặc biệt là nếu được chất được cho sử dụng là loại mới, ít được sử dụng, hay có khoảng trị liệu hẹp. Quý vị phải luôn luôn kiểm tra rằng các loại thuốc được dẫn chiếu có giấy phép để sử dụng cho mục đích được nêu và trên cơ sở được cung cấp trong tình trạng "hiện có" như được nêu, và trong phạm vi đầy đủ được pháp luật cho phép BMJ Group và những người cấp giấy phép của mình không chịu bất kỳ trách nhiệm nào cho bất kỳ khía cạnh chăm sóc sức khỏe nào được cung cấp với sự hỗ trợ của thông tin này hay việc sử dụng nào khác của thông tin này.

Xem đầy đủ [Các Điều khoản và Điều kiện Sử dụng Trang Web](#).

Liên hệ với chúng tôi

+ 44 (0) 207 111 1105
support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

BMJ Best Practice

Những người có đóng góp:

// Các tác giả:

Chad W. Whited, MD

Clinical Faculty

Laryngeal surgeon and general otolaryngologist, Austin ENT Clinic, Austin, Texas

CÔNG KHAI THÔNG TIN: CWW declares that he has no competing interests.

Seth H. Dailey, MD

Chief

Section of Laryngology and Voice Surgery, Associate Professor, Division of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, Madison, WI

CÔNG KHAI THÔNG TIN: SHD declares that he has no competing interests.

// Lời cảm ơn:

Dr Chad W. Whited and Dr Seth H. Dailey would like to gratefully acknowledge Dr Ozlem E. Tulunay-Ugur, a previous contributor to this monograph. OETU declares that she has no competing interests.

// Những Người Bình duyệt:

Michael Johns, MD

Director

Assistant Professor, Emory University, Atlanta, GA

CÔNG KHAI THÔNG TIN: MJ declares that he has no competing interests.

James Suen, MD

Chair; Professor

University of Arkansas for Medical Sciences, Department of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, Little Rock, AR

CÔNG KHAI THÔNG TIN: JS declares that he has no competing interests.

Remco de Bree, MD, PhD

Otolaryngologist

Head and Neck Surgeon, VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands

CÔNG KHAI THÔNG TIN: RdB declares that he has no competing interests.