

BMJ Best Practice

viêm họng cấp tính

Thông tin lâm sàng chính xác ngay tại nơi cần thiết



Cập nhật lần cuối: Sep 20, 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	4
Phân loại	4
Dự phòng	6
Khám sàng lọc	6
Dự phòng cấp hai	6
Chẩn đoán	7
Tiền sử ca bệnh	7
Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước	7
Các yếu tố nguy cơ	9
Các yếu tố về tiền sử và thăm khám	10
Xét nghiệm chẩn đoán	12
Chẩn đoán phân biệt	13
Các tiêu chí chẩn đoán	14
Điều trị	15
Cách tiếp cận điều trị từng bước	15
Tổng quan về các chi tiết điều trị	17
Phác đồ điều trị	18
Liên lạc theo dõi	26
Khuyến nghị	26
Các biến chứng	26
Tiên lượng	27
Hướng dẫn	28
Hướng dẫn chẩn đoán	28
Hướng dẫn điều trị	28
Điểm số bằng chứng	30
Tài liệu tham khảo	31
Hình ảnh	35
Tuyên bố miễn trách nhiệm	38

Tóm tắt

- ◇ Được phân biệt bằng cơn khởi phát đau họng cấp tính; không ho, ngạt mũi và chảy nước mũi cho thấy nguyên nhân gây bệnh do vi khuẩn.
- ◇ Các xét nghiệm phát hiện nhanh kháng nguyên cho phép đánh giá ngay lập tức tại chỗ viêm họng do liên cầu khuẩn nhóm A (GAS).
- ◇ Mục tiêu điều trị GAS là ngăn chặn sốt thấp khớp cấp tính, giảm mức độ nghiêm trọng và thời gian xuất hiện triệu chứng, và ngăn chặn tình trạng lây lan.
- ◇ Viêm họng cấp tính thường là bệnh lý tự giới hạn, tự khỏi trong vòng hai tuần. Tuy nhiên, những người nhiễm bệnh vẫn có thể mắc bệnh lại với phần lớn các mầm bệnh gây bệnh.
- ◇ Trường hợp duy nhất mà biện pháp dự phòng kháng sinh để ngăn chặn nhiễm trùng GAS được khuyến nghị là dành cho những người có tiền sử sốt thấp khớp.

Định nghĩa

Viêm họng cấp tính có đặc điểm là đau họng khởi phát nhanh và viêm họng (có hoặc không có tiết dịch). Biểu hiện không ho, ngạt mũi, và chảy nước mũi giúp phân biệt giữa nguyên nhân gây bệnh do vi khuẩn với vi-rút. Bệnh lý này có thể do nhiều loại mầm bệnh do vi-rút và vi khuẩn gây ra, bao gồm liên cầu khuẩn nhóm A (GAS), cũng như các mầm bệnh do nấm (Candida). Viêm họng do vi khuẩn thường xảy ra vào mùa đông (hoặc đầu mùa xuân), trong khi nhiễm trùng do vi-rút đường ruột thường xảy ra vào mùa hè và mùa thu. Thường là bệnh lý tự giới hạn, tự khỏi trong hai tuần.

Dịch tễ học

Viêm họng do vi khuẩn thường xảy ra vào mùa đông (hoặc đầu mùa xuân), trong khi nhiễm trùng do vi-rút đường ruột thường xảy ra vào mùa hè và mùa thu. Viêm họng thường xảy ra nhiều nhất ở trẻ em trong độ tuổi đi học trong các tháng mùa đông. Sự xâm lấn theo mùa của liên cầu khuẩn nhóm A (GAS) cao nhất (lên tới 20% trẻ em) trong mùa này.^[3] Viêm họng GAS là tâm điểm lâm sàng về bệnh lý viêm họng, vì mục tiêu điều trị chính là ngăn chặn sốt thấp khớp liên quan đến vi khuẩn này. Tuy nhiên, viêm họng do GAS chỉ chiếm chưa đến một phần ba trường hợp viêm họng cấp tính.

Bệnh căn học

Đau họng cấp tính phổ biến nhất do vi sinh vật vi-rút hoặc liên cầu khuẩn nhóm A (GAS). Các nguyên nhân thường do vi-rút gây ra bao gồm vi-rút Epstein-Barr (bệnh mononucleosis), Adenovirus, vi-rút gây bệnh đường ruột, cúm A và B, và vi-rút á cúm. Viêm họng do GAS lây lan giữa con người, nhất là vào mùa đông, qua hơi thở và giọt nước bọt; tuy nhiên, bệnh lý này xuất hiện trong dưới một phần ba trường hợp viêm họng cấp tính. Các khuẩn liên cầu khác có thể gây viêm họng bao gồm khuẩn liên cầu nhóm B, C, và G. Các vi khuẩn khác hiếm khi được tìm thấy ở trẻ vị thành niên bị viêm họng bao gồm các chủng Mycoplasma và Arcanobacterium haemolyticum.

HIV, chlamydia, hoặc lậu cầu có thể cho thấy là nguyên nhân gây viêm họng cấp tính ở trẻ vị thành niên hoạt động tình dục hoặc trẻ bị lạm dụng tình dục.

Ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, bệnh bạch hầu và sởi cũng là nguyên nhân gây viêm họng cấp tính phổ biến nhất.

Bệnh tularaemia có thể là nguyên nhân nếu có tiền sử ăn thịt từ động vật hoang dã.

Nhiễm nấm Candida là nguyên nhân phổ biến gây đau họng ở những người suy giảm miễn dịch, bao gồm những người đang được hóa trị liệu hoặc chiếu xạ miệng-hầu để điều trị ung thư.

Sinh lý bệnh học

Viêm họng cấp tính là kết quả của nhiễm trùng và viêm ở họng, với các chi tiết đặc hiệu cho cả mầm bệnh và vật chủ. Bệnh thường khu trú chỉ trong họng, nhưng nó hiếm khi là một phần của nhiễm trùng hệ thống (ví dụ như tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn, bệnh tularaemia, hoặc HIV).

Phân loại

Phân loại lâm sàng viêm họng

Viêm họng do liên cầu khuẩn nhóm A (GAS):

- Sốt, đau họng, tiết dịch họng, bệnh hạch cổ, và không ho
- Được chẩn đoán bằng thử nghiệm kháng nguyên nhanh dương tính hoặc nuôi cấy.

Viêm họng do vi-rút:

- Các nguyên nhân thường do vi-rút gây ra bao gồm vi-rút Epstein-Barr (viêm các tuyến bạch cầu), vi-rút gây bệnh trong tuyến, vi-rút gây bệnh đường ruột, cúm A và B, và vi-rút gây nhiễm khuẩn đường hô hấp trên.
- Có thể có hoặc không có tiết dịch họng
- Nhiễm trùng tăng bạch cầu đơn nhân thường đi kèm với bệnh hạch bạch huyết và lách to
- Chẩn đoán được hỗ trợ bằng kết quả cấy âm tính.

Viêm họng do nấm Candida:

- Thường xảy ra ở những người suy giảm miễn dịch
- Có thể đi kèm với hóa trị liệu hoặc chiếu xạ để điều trị ung thư miệng-hầu

Bệnh bạch hầu:

- Màng xám trong mũi và họng gây chảy máu khi bị bong ra.
[Fig-1]
- Hiếm khi xảy ra bên ngoài những quốc gia có thu nhập thấp và trung bình.

Sởi:

- Liên quan đến viêm màng kết, viêm mũi, ho và phát ban đặc trưng
- Đốm Koplik (thương tổn nổi lên hơi xanh - trắng trên nền ban đỏ trên niêm mạc bên má) là đặc trưng bệnh[1]

Bệnh tularaemia:

- Loét và tiết dịch trong họng
- Có thể tạo thành màng xám (giả bạch hầu)[2]
- Không đáp ứng với liệu pháp penicillin
- Liên quan đến việc ăn thịt sống hoặc chưa nấu chín từ động vật hoang dã.

Viêm họng lây truyền qua đường tình dục (ở những người hoạt động tình dục hoặc bị lạm dụng):

- HIV cấp tính
- Bệnh lậu
- Bệnh do chlamydia.

Khám sàng lọc

Không khuyến nghị xét nghiệm sàng lọc xâm lấn Streptococcus nhóm A (GAS) ở những người không có triệu chứng, vì việc này là bình thường (thường thấy ở đến 20% số bệnh nhân ở độ tuổi trẻ em đi học) và không có ý nghĩa quan trọng về lâm sàng. Không có phương pháp tầm soát thực tiễn để tìm hiểu nguyên nhân gây bệnh viêm họng là do vi-rút hay vi khuẩn khác.

Dự phòng cấp hai

Tình huống duy nhất cần sử dụng biện pháp dự phòng đối với Streptococcus nhóm A (GAS) là ở những người có tiền sử bị sốt thấp khớp. Hiện không có vắc-xin ngừa viêm họng GAS.

Tiền sử ca bệnh

Tiền sử ca bệnh #1

Một bé gái 7 tuổi bị sốt đột ngột, buồn nôn, ói mửa và đau họng. Bé không ho, chảy nước mũi hoặc ngạt mũi. Khi khám lâm sàng, nhiệt độ ở miệng là 38,5°C (101°F) và viêm họng có tiết dịch kèm theo nổi hạch phía trước cổ. Xét nghiệm kháng nguyên nhanh dương tính với liên cầu khuẩn nhóm A (GAS).

Tiền sử ca bệnh #2

Một bé gái 7 tuổi bị đau họng cấp tính kèm theo sốt. Khi khám lâm sàng, nhiệt độ ở miệng là 37°C (98,6°F), và viêm họng có tiết dịch không có các hạch cổ có thể sờ được. Cả hai kết quả xét nghiệm kháng nguyên nhanh và cấy họng đều âm tính với GAS.

Các bài trình bày khác

Viêm họng có thể là một phần của các bệnh viêm đường hô hấp trên do vi-rút, thường có thể được phân biệt bằng biểu hiện chảy nước mũi, ngạt mũi và/hoặc ho. Viêm họng cấp tính thường xảy ra với bệnh tăng bạch cầu đơn nhân cấp tính. Ở những người hoạt động tình dục hoặc bị lạm dụng tình dục, bệnh lý này có thể hiếm khi đi kèm với nhiễm HIV cấp tính (với bệnh hạch liên quan, phát ban, sốt, và lách to), chlamydia, hoặc bệnh lậu (không có đặc điểm lâm sàng đặc trưng). Bệnh bạch hầu và sởi có thể biểu hiện như viêm họng và luôn phải được cân nhắc khi có biểu hiện đau họng ở những quốc gia có thu nhập thấp và trung bình hoặc ở trẻ em chưa được chủng ngừa. Bệnh tularaemia sẽ được cân nhắc nếu các triệu chứng không đáp ứng với liệu pháp điều trị penicillin hoặc nếu có tiền sử ăn thịt từ động vật hoang dã. Nhiễm nấm Candida là nguyên nhân phổ biến gây đau họng ở những người suy giảm miễn dịch, bao gồm những người đang được hóa trị liệu hoặc chiếu xạ miệng-hầu để điều trị ung thư.

Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước

Chẩn đoán dựa trên tiền sử và khám lâm sàng, được xác nhận bằng các xét nghiệm phát hiện kháng nguyên nhanh. Có thể cần cấy mẫu họng kèm theo xét nghiệm vi sinh học cụ thể cho liên cầu khuẩn nhóm A (GAS).

Tiền sử

Một vài yếu tố quan trọng trong biểu hiện có thể giúp xác định vi khuẩn gây bệnh:

- Viêm họng do GAS cấp tính thường xảy ra ở trẻ em và trẻ vị thành niên từ 5 đến 15 tuổi. Bệnh lý này thường xảy ra vào mùa đông (hoặc đầu mùa xuân) ở vùng khí hậu ôn đới. Nhiễm trùng ruột do vi-rút thường xảy ra vào mùa hè và mùa thu.
- Bệnh tularaemia được chẩn đoán dựa trên tiền sử ăn thịt động vật hoang dã chưa nấu chín. Tiền sử cũng có thể bao gồm việc không đáp ứng với điều trị penicillin trước đây.
- Nhiễm HIV, chlamydia, và lậu cầu sẽ được xem là vi khuẩn gây bệnh ở những người hoạt động tình dục hoặc bị lạm dụng tình dục bị viêm họng, nhất là ở những người có kết quả nuôi cấy âm tính với GAS.[4]
- Suy giảm miễn dịch có thể kéo theo thương tổn mô khu trú (ví dụ như chiếu xạ để điều trị ung thư miệng-hầu) hoặc có nguyên nhân toàn thân (như hóa trị liệu, suy giảm miễn dịch sau ghép tạng, nhiễm HIV). Có thể tác động vào bệnh viêm họng do nấm Candida (ví dụ như bệnh nấm, một tình trạng nhiễm trùng ở miệng thường

gây ra bởi nấm *Candida albicans*) trong hoàn cảnh lâm sàng này. Nuôi cấy vi khuẩn nghi ngờ có tính chẩn đoán.

- Việc tiêm chủng không đầy đủ có thể là kết quả gây bệnh bạch hầu hoặc sởi.

Các triệu chứng

- Đau họng là triệu chứng thường gặp.
- Viêm họng thường kèm theo sốt, và đó không phải là một triệu chứng đặc trưng.
- Đau đầu, buồn nôn, ói mửa, và đau bụng có thể xuất hiện ở trẻ em.[3]
- Chảy nước mũi, ngạt mũi, và ho thường thấy trong viêm họng do vi-rút nhưng không xảy ra trong viêm họng do vi khuẩn.

Khám lâm sàng

Đánh giá lâm sàng về viêm họng cấp tính cần phải tìm hiểu chi tiết hơn là chỉ đèn soi và que gỗ đè lưỡi.

Phức hợp triệu chứng sau đây cung cấp 40% đến 60% giá trị dự báo tích cực về viêm họng GAS.[6]

- Dịch tiết hầu
- Bệnh hạch ở cổ (đau hạch trước cổ thường thấy ở GAS)
- Sốt
- Không ho hoặc chảy nước mũi

Các điểm quan trọng khác cần xem xét:

- Không ho (có bệnh hạch ở cổ) có độ đặc hiệu cao nhất để dự báo nguyên nhân gây bệnh do liên cầu khuẩn.[7]
- Có thể phân biệt các bệnh nhiễm trùng do vi-rút bằng biểu hiện chảy nước mũi, ngạt mũi và ho.
- Viêm họng do khuẩn hình cầu gây ra có thể kèm theo bệnh hạch bên ngoài cổ. Nuôi cấy vi khuẩn nghi ngờ có tính chẩn đoán.
- Bệnh bạch hầu sẽ được xem xét nếu màng xám được nhận biết trong họng hoặc lỗ mũi. Nuôi cấy vi khuẩn nghi ngờ có tính chẩn đoán.
[Fig-1]
- Bệnh tularaemia được chẩn đoán dựa trên các vết loét, tiết dịch, tiền sử ăn thịt động vật hoang dã chưa nấu chín. Việc không đáp ứng với liệu pháp điều trị penicillin trước đây cũng dẫn đến sự nghi ngờ. Nuôi cấy vi khuẩn nghi ngờ có tính chẩn đoán.
- Phát ban scarlatiniform có thể xuất hiện, nhất là ở trẻ em, và cho thấy bệnh GAS.[3]
[Fig-2]
- Đốm Koplik (thương tổn nổi lên hơi xanh - trắng trên nền ban đỏ ở niêm mạc bên má) là đặc trưng của bệnh sởi.[1] Cũng có thể nhìn thấy xuất hiện ban sần đặc trưng hoặc viêm màng kết ở bệnh sởi.

Xét nghiệm

Xét nghiệm phát hiện kháng nguyên nhanh và cấy mẫu họng thông thường rất hữu ích trong cơ sở chăm sóc ban đầu với một số cảnh báo:

- Xét nghiệm phát hiện kháng nguyên nhanh cho phép đánh giá ngay lập tức tại chỗ.
- Xét nghiệm nhanh phát hiện kháng nguyên có độ nhạy từ 70% đến 90% và độ đặc hiệu 95% so với cấy mẫu họng.[3] [8]
- Tiến hành cấy mẫu họng thông thường nếu kết quả xét nghiệm kháng nguyên nhanh âm tính, nhất là ở trẻ em, dựa trên nguy cơ sốt thấp khớp tăng cao.

- Xét nghiệm PCR về GAS có tính so sánh với cấy mẫu họng về tính nhạy và độ đặc hiệu nhưng nhanh hơn. Tuy nhiên, hiện nay xét nghiệm này không phổ biến rộng rãi.[9] [10] [11]

Xét nghiệm đơn điểm cũng hữu ích vì xét nghiệm nhận biết nhanh chứng tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn do vi-rút Epstein-Barr gây ra, nhưng không chính xác ở trẻ em dưới 4 tuổi.

Xét nghiệm đánh giá điều trị (với cấy mẫu họng theo dõi hoặc xét nghiệm kháng nguyên nhanh về GAS) thường không yêu cầu trừ những bệnh nhân có nguy cơ suy thận cấp tính cao hoặc có các triệu chứng tái phát tương thích với GAS.[3] Xét nghiệm đánh giá điều trị được khuyến nghị cho những bệnh nhân viêm họng do khuẩn hình cầu.

Đối với người lớn bị viêm họng, xét nghiệm không phải lúc nào cũng được chỉ định.[12] Thay vì vậy, tất cả những bệnh nhân người lớn bị viêm họng sẽ được tầm soát về:

- Tiền sử sốt
- Không ho
- Dịch tiết amidan
- Nổi hạch mềm phía trước cổ

Người lớn không có hoặc chỉ có một trong những phát hiện này sẽ không được xét nghiệm hoặc điều trị GAS.

Việc điều trị thất bại ở bệnh nhân không có kết quả xét nghiệm xác nhận GAS sẽ được cấy để tìm vi khuẩn khác ngoài GAS, và khám kiểm tra để tìm bằng chứng bệnh do vi-rút.

Các yếu tố nguy cơ

Mạnh

Sự cư trú theo mùa với Liên cầu khuẩn nhóm A (GAS)

- Viêm họng thường xảy ra nhiều nhất vào mùa đông (hoặc đầu mùa xuân) khi tình trạng xâm chiếm mũi hầu với GAS đạt đến 20% ở trẻ em.[3]

Tiếp xúc với người bị nhiễm GAS

- Viêm họng GAS thường lan truyền do tiếp xúc gần gũi với người nhiễm bệnh.

hoạt động tình dục hoặc lạm dụng tình dục

- Nhiễm HIV, chlamydia, và lậu cầu được xem là nguyên nhân gây bệnh ở những người hoạt động tình dục hoặc bị lạm dụng tình dục bị viêm họng, nhất là ở những người có kết quả xét nghiệm âm tính với GAS.[4]

ăn thịt động vật hoang dã

- Viêm họng thể loét da do khuẩn tularaemia do ăn thịt của động vật hoang dã được nấu chưa chín gây ra.[2]

vật chủ suy giảm miễn dịch

- Viêm họng do nấm Candida thường gặp ở những người suy giảm miễn dịch (ví dụ như sau khi ghép tạng đặc hoặc hóa trị liệu, ở những người nhiễm HIV).

sử dụng corticosteroid dạng hít

- Corticosteroid dạng hít thường gây ra viêm họng do nấm Candida. Bệnh nhân có thể đau ở họng nhưng không mắc bệnh nấm Candida ở miệng rõ ràng.[5]

tiêm chủng không đầy đủ hoặc không tiêm vắc-xin

- Việc tiêm chủng không đầy đủ có thể gây bệnh bạch hầu hoặc sởi.

Yếu**chiếu xạ**

- Viêm họng do nấm Candida cũng có thể biểu hiện là đau họng ở những bệnh nhân đã được chiếu xạ qua niêm mạc họng.

Các yếu tố về tiền sử và thăm khám**Các yếu tố chẩn đoán chủ yếu****có các yếu tố nguy cơ (thường gặp)**

- Trong số các yếu tố nguy cơ - có các ổ cư trú ở mũi, tiếp xúc với người nhiễm liên cầu khuẩn nhóm A (GAS), hoạt động tình dục hoặc bị lạm dụng tình dục, ăn thịt động vật hoang dã, và suy giảm miễn dịch - có các ổ cư trú ở mũi và tiếp xúc với người nhiễm GAS là khá phổ biến.

trẻ em hoặc vị thành niên (thường gặp)

- Viêm họng do liên cầu khuẩn nhóm A (GAS) cấp tính thường gặp ở trẻ em và trẻ vị thành niên từ 5 đến 15 tuổi.

mùa đông hoặc xuân (trong viêm họng do vi khuẩn) (thường gặp)

- Viêm họng do liên cầu khuẩn nhóm A (GAS) cấp tính thường xảy ra nhất vào mùa đông (hoặc đầu mùa xuân) ở vùng khí hậu ôn đới.

mùa hè/thu (trong viêm họng do vi-rút đường ruột) (thường gặp)

- Viêm họng do vi-rút đường ruột thường xảy ra vào mùa hè và mùa thu.

Chảy nước mũi, ngạt mũi, và ho (trong nhiễm trùng do vi-rút) (thường gặp)

- Viêm mũi họng do vi-rút có thể phân biệt với viêm họng do liên cầu khuẩn nhóm A (GAS) bằng biểu hiện sổ mũi, ngạt mũi, và ho.
- Không ho (có bệnh hạch ở cổ) có độ đặc hiệu cao nhất để dự báo nguyên nhân gây bệnh do liên cầu khuẩn.[7]

Đau họng (thường gặp)

- Đau họng là triệu chứng thường gặp.

dịch tiết hầu (thường gặp)

- Tình trạng dịch tiết hầu cũng thường gặp ở viêm họng do liên cầu khuẩn nhóm A (GAS), nhưng cũng có thể gặp ở bệnh gây ra bởi các tác nhân khác bao gồm vi-rút Epstein-Barr, khuẩn liên cầu khác và vi khuẩn Francisella tularensis.

Nổi hạch ở cổ (thường gặp)

- Biểu hiện sưng đau hạch vùng cổ trước và không ho có độ đặc hiệu cao nhất để dự báo nguyên nhân gây bệnh do liên cầu khuẩn.[7]

sốt >37°C (98,6°F) (thường gặp)

- Viêm họng thường kèm theo sốt, và đó không phải là một triệu chứng đặc trưng.

đau đầu (thường gặp)

- Có thể xuất hiện, nhất là ở trẻ em.[3]

buồn nôn, ói mửa, và đau bụng (thường gặp)

- Có thể xuất hiện, nhất là ở trẻ em.[3]

viêm kết mạc (trong bệnh sởi) (thường gặp)

- Thường gặp ở bệnh sởi.

ban sần (trong bệnh sởi) (thường gặp)

- Ban sần đặc trưng thường xảy ra ở bệnh sởi.

Đốm Koplik (trong bệnh sởi) (thường gặp)

- Đốm Koplik (thường tồn nổi lên hơi xanh - trắng trên nền ban đỏ ở niêm mạc bên má) là đặc trưng của bệnh sởi.[1]

phát ban thể scarlatiniform (trong viêm họng do liên cầu khuẩn nhóm A [GAS]) (không thường gặp)

- Phát ban scarlatiniform có thể xuất hiện, nhất là ở trẻ em, và cho thấy bệnh GAS.[3]

Các yếu tố chẩn đoán khác**hoạt động tình dục hoặc lạm dụng tình dục (trong nhiễm HIV, bệnh lậu, hoặc chlamydia) (không thường gặp)**

- Nhiễm HIV, chlamydia, và bệnh lậu sẽ được xem là vi khuẩn gây bệnh ở những người hoạt động tình dục hoặc bị lạm dụng tình dục bị viêm họng.

Điều trị thất bại với penicillin (không thường gặp)

- Việc điều trị thất bại ở bệnh nhân không có kết quả xét nghiệm xác nhận liên cầu khuẩn nhóm A (GAS) sẽ được cấy để tìm vi khuẩn khác ngoài GAS, và khám kiểm tra để tìm bằng chứng bệnh do vi-rút.

loét họng (trong bệnh tularaemia) (không thường gặp)

- Bệnh tularaemia được chẩn đoán dựa trên các vết loét, tiết dịch, tiền sử ăn thịt động vật hoang dã chưa nấu chín. Tiền sử cũng có thể bao gồm việc không đáp ứng với điều trị penicillin trước đây.

Màng xám ở họng (không thường gặp)

- Bệnh bạch hầu sẽ được xem xét nếu màng xám được nhận biết trong họng hoặc lỗ mũi.
[Fig-1]
- Bệnh tularaemia có thể giả bệnh bạch hầu có màng.

Xét nghiệm chẩn đoán

Xét nghiệm thứ nhất cần yêu cầu

Xét nghiệm	Kết quả
<p>xét nghiệm kháng nguyên nhanh chóng cho liên cầu khuẩn nhóm A (GAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> Xét nghiệm phát hiện kháng nguyên nhanh đối với GAS có ưu điểm là xét nghiệm nhanh tại chỗ ngay lập tức và nhạy từ 70% đến 90% và đặc hiệu 95% so với cấy mẫu họng.[3] [8] [13] Tiến hành cấy mẫu họng nếu kết quả xét nghiệm kháng nguyên âm tính, nhất là ở trẻ em, dựa trên nguy cơ sốt thấp khớp tăng cao. Kết quả xét nghiệm dương tính khi không có các triệu chứng đặc hiệu (sốt, khong ho, tiết dịch amidan, và bạch hạch nhạy đau ở cổ) có thể là biểu hiện xâm nhập và không liên quan về mặt lâm sàng. Xét nghiệm bệnh nhân không có các triệu chứng thích hợp thường dẫn đến chẩn đoán sai và sử dụng thuốc kháng sinh không thích hợp. 	<p>dương tính trong nhiễm trùng GAS và thâm nhiễm không có triệu chứng</p>

Các xét nghiệm khác cần cân nhắc

Xét nghiệm	Kết quả
<p>cấy mẫu phết họng đối với liên cầu khuẩn nhóm A (GAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> Cấy mẫu họng đối với GAS là xét nghiệm nhạy nhất (90%-95%) và đặc hiệu nhất đối với GAS.[3] Nuôi cấy được khuyến nghị ở bất kỳ trẻ nào có kết quả âm tính với GAS qua xét nghiệm phát hiện kháng nguyên nhanh nhưng có các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng phù hợp với viêm họng do GAS. 	<p>sự phát triển của GAS</p>
<p>cấy mẫu phết họng đối với cầu khuẩn lậu hoặc chlamydia</p> <ul style="list-style-type: none"> Cần nhắc cấy mẫu phết họng tìm cầu khuẩn lậu hoặc chlamydia khi có tiền sử hoạt động tình dục hoặc nghi ngờ bị lạm dụng tình dục. 	<p>kết quả cấy cho thấy phát triển dương tính</p>
<p>Zét nghiệm đơn điểm huyết thanh đối với nhiễm trùng do vi-rút Epstein-Barr</p> <ul style="list-style-type: none"> Xét nghiệm đơn điểm là một xét nghiệm nhanh định tính ngưng kết hồng cầu ngựa hoặc bò trên phiến kính. Giúp phát hiện nhiễm trùng tăng bạch cầu đơn nhân do vi-rút Epstein-Barr gây ra. Được xem là không xác thực ở trẻ dưới 4 tuổi.[14] 	<p>dương tính đối với kháng thể heterophile</p>
<p>PCR cho liên cầu khuẩn nhóm A (GAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> Có tính so sánh với cấy mẫu họng về tính nhạy và độ đặc hiệu nhưng cho kết quả nhanh hơn; tuy nhiên, không phổ biến rộng rãi. 	<p>dương tính trong nhiễm trùng GAS</p>

Chẩn đoán phân biệt

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Viêm thanh nhiệt	<ul style="list-style-type: none"> Đau họng nặng và cấp tính và sốt. Thay đổi đáng kể về cslide agglutination test thất giọng sang kiểu nói khó nghe. Chảy nước dãi từ miệng. Tư thế ba chân hoặc khẹt khẹt ở trẻ em. 	<ul style="list-style-type: none"> Quan sát trực tiếp nắp thanh quản (trong phòng phẫu thuật dưới điều kiện có kiểm soát, có thể đặt nội khí quản nếu đường hô hấp đóng) hoặc chụp x-quang bên cổ. [Fig-3]
Áp-xe sau họng, quanh amidan, và ở bên	<ul style="list-style-type: none"> Đau họng, sốt, đau cổ, và giọng khó nghe. Thường xảy ra nhiều nhất ở trẻ từ 2 đến 4 tuổi. Có thể liên quan đến tiền sử chấn thương miệng hoặc họng ở trẻ lớn hơn. 	<ul style="list-style-type: none"> Có thể cần nghiên cứu chụp hình cổ để thấy rõ áp-xe.
Nhiễm trùng tăng bạch cầu đơn nhân	<ul style="list-style-type: none"> Viêm họng kéo dài hơn vài ngày. Bệnh hạch và lách to 	<ul style="list-style-type: none"> Đơn điểm huyết thanh dương tính đối với nhiễm trùng do vi-rút Epstein-Barr. Tế bào lympho không điển hình trong máu ngoại vi.
Bệnh bạch hầu	<ul style="list-style-type: none"> Viêm họng có màng xám liên quan đến họng. [Fig-1] Hiếm khi quan sát thấy trừ ở những quốc gia có thu nhập thấp và trung bình hoặc ở những người không được tiêm vắc-xin. 	<ul style="list-style-type: none"> Khôi phục nuôi cấy vi khuẩn.
Hội chứng Lemierre	<ul style="list-style-type: none"> Viêm tắc tĩnh mạch cảnh, có áp-xe kỵ khí hỗn hợp. Thường xuất hiện ở những bệnh nhân mắc hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS) hoặc nhiễm trùng máu. 	<ul style="list-style-type: none"> Nghiên cứu chụp hình cổ cho thấy áp-xe.
Sởi	<ul style="list-style-type: none"> Nhiễm trùng hệ thống với viêm màng kết, chảy nước mũi, ho và phát ban đặc trưng (ban sần). Viêm họng xuất hiện trong giai đoạn phát ban. Đốm Koplik (thương tổn nổi lên hơi xanh - trắng trên nền ban đỏ trên niêm mạc bên má) là đặc trưng bệnh 	<ul style="list-style-type: none"> kháng thể IgM kháng sởi, nuôi cấy vi-rút, hoặc PCR: dương tính.
Hội chứng Behcet	<ul style="list-style-type: none"> Các mụn nước ở họng, vết loét sinh dục, tổn thương da, và tổn thương mắt. 	<ul style="list-style-type: none"> Kết quả xét nghiệm và ảnh chụp không giúp ích trong việc chẩn đoán hội chứng Behcet, nhưng

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
		đóng vai trò loại trừ các chẩn đoán thay thế.
Hội chứng Stevens-Johnson	<ul style="list-style-type: none"> Tiền sử sử dụng thuốc chống co giật trước đây, các nhiễm trùng gần đây, co giật, hoặc các loại thuốc mới. Các mụn nước trong họng cùng với nhiều thay đổi niêm mạc rõ ràng. 	<ul style="list-style-type: none"> Chẩn đoán dựa trên biểu hiện lâm sàng và được xác nhận bằng sinh thiết da.
Bệnh Kawasaki	<ul style="list-style-type: none"> Các dấu hiệu điển hình bao gồm sốt kéo dài hơn 5 ngày, phát ban nhiều dạng, mắt đỏ (viêm màng kết), và ban đỏ niêm mạc với lưỡi hình quả dâu tây. Viêm niêm mạc miệng khuếch tán 	<ul style="list-style-type: none"> Chẩn đoán dựa trên biểu hiện lâm sàng. Phình động mạch vành có thể nhìn thấy trong siêu âm tim.
Bệnh tay chân miệng	<ul style="list-style-type: none"> Nhiễm trùng do vi-rút thường xảy ra ở trẻ nhỏ phần lớn do coxsackievirus A16 gây ra. Thường là bệnh nhẹ kèm theo sốt nhẹ, loét miệng gây đau, và các mụn nước trong lòng bàn tay và lòng bàn chân. 	<ul style="list-style-type: none"> Số lượng bạch cầu tăng, tế bào lympho không điển hình. Xét nghiệm phân tử PCR là phương thức chẩn đoán mới.
Ung thư vùng họng hầu	<ul style="list-style-type: none"> Khàn giọng, khó phát âm, đau họng, khó nuốt, tổn thương dây thanh âm trong soi thanh quản gián tiếp, và khối ở cổ hoặc bệnh hạch. 	<ul style="list-style-type: none"> Có thể chẩn đoán bằng chụp CT cổ và đánh giá mức độ bệnh. Phân tích tế bào học bằng chọc hút bằng kim nhỏ có thể thiết lập chẩn đoán, mặc dù thường yêu cầu sinh thiết.
Loét miệng áp-tơ	<ul style="list-style-type: none"> Nhiều vết loét nhỏ, ban đỏ, tròn hoặc hình ovan tái phát với các mép được giới hạn, thường xuất hiện lần đầu khi còn nhỏ hoặc đến tuổi vị thành niên. 	<ul style="list-style-type: none"> Chẩn đoán dựa trên tiền sử và khám lâm sàng, trừ nguyên nhân gây bệnh toàn thân; không có xét nghiệm đặc hiệu.

Các tiêu chí chẩn đoán

Hội Bệnh Truyền Nhiễm Hoa Kỳ^[3]

Viêm họng do liên cầu khuẩn nhóm A (GAS) được dự đoán lâm sàng với sự xuất hiện của 3 hoặc 4 triệu chứng sau: tiết dịch hầu, bệnh hạch cổ, sốt và không ho. Bệnh lý này được xác nhận về mặt vi trùng học bằng xét nghiệm kháng nguyên nhanh, và nếu kết quả âm tính, tiến hành nuôi cấy mẫu ở họng để tìm GAS. Các hệ thống tính điểm lâm sàng phức tạp khác chưa chứng minh được lợi ích.^[15]

Cách tiếp cận điều trị từng bước

Có thể sử dụng thuốc giảm đau và thuốc gây tê cục bộ cho các triệu chứng đau họng, đau đầu, và sốt, mặc dù nên tránh sử dụng aspirin ở trẻ em vì liên quan đến hội chứng Reye. Súc nước muối hoặc xịt thuốc gây tê/thuốc hình thoi có thể tạm thời giảm đau do viêm họng. Một thử nghiệm ngẫu nhiên, đối chứng giả dược cho thấy việc sử dụng viscous lidocaine không giúp giảm triệu chứng.[16] Tuy nhiên, một vài thử nghiệm khác cho thấy lợi ích của việc sử dụng thuốc gây tê tại chỗ, giúp giảm các triệu chứng và không cần thiết sử dụng thuốc kháng sinh.[17] [18] [19] [20] Các bằng chứng in vitro cho thấy rằng ngoài đặc điểm giảm đau, các viên lozenge có chứa amylmetacresol và 2,4-dichlorobenzyl alcohol cũng có thể tiêu diệt vi-rút.[21]

Điều trị kháng sinh cần đảo ngược đối với bệnh nhân đã xác định viêm họng do nhiễm khuẩn Streptococcus nhóm A (GAS) về mặt vi sinh (bằng xét nghiệm kháng nguyên nhanh hoặc nuôi cấy dương tính) và không phải chỉ dựa trên chẩn đoán lâm sàng.[22] Nếu triệu chứng viêm họng không cải thiện sau 3 hoặc 4 ngày kể từ khi điều trị kháng sinh, cần cân nhắc chẩn đoán khác.

Về việc sử dụng corticosteroid trong điều trị có triệu chứng viêm họng cấp tính, bản đánh giá của Cochrane cho thấy rằng khả năng hết đau hoàn toàn tăng cao ở 24 giờ khi được sử dụng kết hợp với điều trị kháng sinh.[23] Một đánh giá có hệ thống khác nhận thấy rằng những bệnh nhân sử dụng corticosteroid liều đơn, thấp có khả năng giảm đau sau 24 giờ gấp hai lần và có thể không còn đau sau 48 giờ gấp 1,5 lần.[24] Trong một thử nghiệm ngẫu nhiên mù đôi, đối chứng giả dược ở những bệnh nhân không có chỉ định điều trị diệt khuẩn, thời gian sử dụng corticosteroid đường uống ngắn không cải thiện triệu chứng ở 24 giờ nhưng làm tăng khả năng cải thiện triệu chứng ở 48 giờ. Tuy nhiên, không thấy có cải thiện về việc chăm sóc sức khỏe, số ngày nghỉ làm hoặc nghỉ học, hoặc không vội dùng thuốc kháng sinh kê toa.[25] Việc sử dụng thuốc kháng viêm, bao gồm corticosteroid, ở những người bị viêm họng liên quan đến tỷ lệ áp-xe quanh amidan, nhiễm trùng máu, nghẽn mạch máu, và gãy xương bệnh lý.[26] [27] Dựa trên lợi ích tốt nhất và khả năng nguy hại đáng kể, Hội Bệnh Nhiễm Trùng Hoa Kỳ hiện không khuyến nghị sử dụng corticosteroid cho viêm họng cấp tính.[3] [28]

Viêm họng cấp tính là nguyên nhân thứ ba trong việc sử dụng kháng sinh không thích hợp.[29] Ở người lớn, việc không vội dùng thuốc hạn chế việc sử dụng kháng sinh;[30] tuy nhiên, điều này không thích hợp ở trẻ em, có nguy cơ sốt thấp khớp cao. Một vài sáng kiến hạn chế việc sử dụng kháng sinh không thích hợp cho thấy có hiệu quả mà không cần phải tư vấn lại với bác sĩ hoặc khiến bệnh nhân không hài lòng.[31]

Với viêm họng do nhiễm khuẩn Streptococcus nhóm A (GAS)

Mục tiêu điều trị GAS là ngăn chặn sốt thấp khớp cấp tính, giảm mức độ nghiêm trọng và thời gian xuất hiện triệu chứng, và ngăn chặn tình trạng lây lan.[3] [1[B]Evidence Biện pháp dự phòng kháng sinh ở những người có tiền sử sốt thấp khớp được khuyến nghị để giảm nguy cơ tái phát sốt thấp khớp. Thuốc kháng sinh điều trị viêm họng do liên cầu khuẩn giúp giảm thời gian xảy ra triệu chứng dưới 1 ngày.[32]

Không có tình trạng kháng beta-lactam vốn có với GAS, do đó có thể điều trị với penicillin hoặc amoxicillin, trừ trường hợp dị ứng với penicillin mà có thể sử dụng cẩn trọng macrolide, cephalosporin, hoặc clindamycin.[3] [33] [34] GAS kháng macrolid được báo cáo.[35] Doxycycline và trimethoprim/sulfamethoxazole không được khuyến nghị điều trị.[3] Phenoxymethylpenicillin đường uống là lựa chọn điều trị trong vòng 10 ngày. Đối với những bệnh nhân không thể uống thuốc hết 10 ngày, có thể cung cấp benzylpenicillin tiêm trong bắp liều đơn. Có thể thay thế amoxicillin đường uống ở trẻ em, vì nó có vị dễ chịu hơn phenoxymethylpenicillin.

Nên tránh sử dụng amoxicillin khi nghi ngờ nhiễm trùng tăng bạch cầu đơn nhân đồng thời, vì làm tăng khả năng phát ban nặng.[3] Mặc dù có các khuyến nghị trong hướng dẫn, nhưng có bằng chứng cho thấy rằng thời gian sử dụng penicillin đường uống ngắn hơn (tức 3-6 ngày) có hiệu quả như 10 ngày trong điều trị viêm họng cấp tính, mà không có bằng chứng cho thấy tăng nguy cơ viêm cầu thận sau nhiễm liên cầu hoặc sốt thấp khớp.[36]

Với nhiễm trùng tăng bạch cầu đơn nhân

Khuyến nghị vẫn thường là nghỉ ngơi, nhưng giá trị hữu ích thật sự của nó vẫn chưa được biết. Nên tránh hoạt động thể chất tích cực (bao gồm các môn thể thao đối kháng) trong 3 đến 4 tuần đầu sau khi bệnh vì có khả năng vỡ lá lách, mặc dù các trường hợp đã cho thấy tối đa 8 tuần kể từ lần chẩn đoán ban đầu. Nam giới có tỷ lệ vỡ lá lách cao hơn phụ nữ. Siêu âm bụng được khuyến nghị để xác nhận mức độ khôi phục của chứng to lách trước khi cho phép hoạt động thể chất tích cực.[37]

Corticosteroid hệ thống được dành cho những bệnh nhân nghẽn đường thở nặng, giảm tiểu cầu nặng, và thiếu máu do tan huyết.

Có thể sử dụng immunoglobulin tiêm tĩnh mạch (IVIG), giúp điều chỉnh khả năng đáp ứng của hệ miễn dịch, ở những bệnh nhân giảm tiểu cầu miễn dịch.

Bằng chứng về hiệu quả hoặc lợi ích của chất diệt vi-rút ở những bệnh nhân nhiễm trùng tăng bạch cầu đơn nhân vẫn còn hạn chế.[38]

với nhiễm nấm Candida

Nấm *Candida albicans* thường nhạy cảm với liệu pháp bôi da. Các ca viêm miệng do nấm candida nhẹ đến vừa có thể được điều trị với thuốc kháng nấm polyene (như nystatin). Cần lưu ý rằng nystatin suspension có hàm lượng sucrose cao và sử dụng thường xuyên, nhất là ở bệnh nhân khô miệng, có thể làm tăng nguy cơ sâu răng.

Đối với những người nhiễm nấm lan rộng hơn, ở nhiều nơi trên miệng, hoặc ở những người có triệu chứng xảy ra lâu hơn, thuốc chống nấm azole như clotrimazole hoặc fluconazole thích hợp hơn.

Với bệnh bạch hầu

Kháng độc tố bạch hầu là liệu pháp chính và sẽ được sử dụng nhanh chóng, ngay khi có nghi ngờ lâm sàng chắc chắn về bệnh bạch hầu. Khi có kết quả xét nghiệm xác nhận chẩn đoán, nhanh chóng sử dụng thuốc kháng độc tố vì bệnh nhân có thể suy giảm nhanh chóng

Thuốc kháng độc tố chỉ có thể trung hòa độc tố tự do trong huyết thanh, và tính hiệu lực giảm đáng kể sau khi khởi phát các triệu chứng da màng nhầy, cho thấy độc tố di chuyển vào các tế bào.

Kháng sinh không phải là thuốc thay thế cho điều trị bằng antitoxin, nhưng sử dụng để phòng ngừa sản sinh thêm toxin bằng việc diệt trừ vi khuẩn *Corynebacterium diphtheriae*. Chúng cũng điều trị các bệnh nhiễm trùng da khu trú. Ngoài ra, thuốc kháng sinh giúp ngăn chặn việc truyền bệnh qua tiếp xúc. *C. diphtheriae* thường nhạy cảm với penicillin và erythromycin.[39]

Với bệnh tularaemia

Điều trị kháng sinh đối với *Francisella tularensis* là phương pháp điều trị chủ yếu cho mọi bệnh nhân bất kể biểu hiện lâm sàng. Nên tuân theo các thông lệ cách ly tiêu chuẩn, và kết quả xét nghiệm lâm sàng sẽ được thông báo đến khoa bệnh tularaemia như là chẩn đoán nghi ngờ trước khi gửi mẫu lâm sàng. Ciprofloxacin có vẻ như có hiệu quả tương tự như aminoglycoside (streptomycin hoặc gentamicin) trong những trường hợp lâm sàng hạn chế hơn.

Với khuẩn hình cầu hoặc chlamydia

Khó loại bỏ khuẩn hình cầu khỏi họng hơn là vùng niệu-sinh dục. Phác đồ đôi (ceftriaxone và azithromycin) được khuyến nghị để ngăn sự phát triển của các chủng kháng cephalosporins. Phác đồ đôi cũng tích cực chống lại chlamydia. Xét nghiệm sau điều trị sẽ được chỉ định để đảm bảo loại bỏ sau khi điều trị.[40] Thuốc cephalosporin

đường uống không được chứng minh về tính hiệu lực đối với bệnh lậu cổ họng nhưng có thể đconfirm ược sử dụng cùng với xét nghiệm điều trị.

Viêm họng tái phát

Thủ thuật cắt amidan có thể giúp ích cho bệnh nhân người lớn bị viêm họng tái phát.[41] [42] [43]

Tổng quan về các chi tiết điều trị

Lưu ý là dạng bào chế và liều dùng có thể khác nhau giữa các thuốc và dạng biệt dược, công thức, hoặc đường dùng. Khuyến nghị điều trị cụ thể cho các nhóm bệnh nhân: [xem phần miễn trừ trách nhiệm](#)

Cấp tính		(tóm tắt)
tất cả các bệnh nhân		
	1	chăm sóc hỗ trợ
..... ■ không có Liên cầu khuẩn nhóm A (GAS) được xác nhận hoặc tiền sử sốt thấp khớp	thêm	trì hoãn hoặc không điều trị kháng sinh
..... ■ có Liên cầu khuẩn nhóm A (GAS) được xác nhận hoặc tiền sử sốt thấp khớp	thêm	điều trị kháng sinh
..... ■ với viêm họng tái phát	bổ sung	phẫu thuật cắt amidal
..... ■ với nhiễm trùng tăng bạch cầu đơn nhân	thêm	bù nước, nghỉ ngơi ± điều biến miễn dịch
..... ■ với nhiễm nấm Candida	thêm	điều trị kháng nấm
..... ■ với bệnh bạch hầu	thêm	thuốc kháng độc tố bạch hầu
	thêm	điều trị kháng sinh
..... ■ với bệnh tularaemia	thêm	điều trị kháng sinh
..... ■ với khuẩn hình cầu hoặc nấm chlamydia	thêm	điều trị kháng sinh

Phác đồ điều trị

Lưu ý là dạng bào chế và liều dùng có thể khác nhau giữa các thuốc và dạng biệt dược, công thức, hoặc đường dùng. Khuyến nghị điều trị cụ thể cho các nhóm bệnh nhân: [xem phần miễn trừ trách nhiệm](#)

Cấp tính

tất cả các bệnh nhân

tất cả các bệnh nhân

1

chăm sóc hỗ trợ

Các lựa chọn sơ cấp

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

HOẶC

» **Ibuprofen**: trẻ em: >6 tháng tuổi: 10 mg/kg uống mỗi 6-8 giờ khi cần, tối đa 30 mg/kg/ngày; người lớn: 200-400 mg uống mỗi 4-6 giờ khi cần, tối đa 2400 mg/ngày

Các lựa chọn thứ cấp

» **lidocaine tại chỗ**: (dung dịch 2%) trẻ em và người lớn: tư vấn tài liệu sản phẩm để biết thông tin về liều dùng

» Có thể sử dụng thuốc giảm đau và thuốc gây tê cục bộ cho các triệu chứng đau họng, đau đầu, và sốt, mặc dù nên tránh sử dụng aspirin ở trẻ em vì liên quan đến hội chứng Reye.^{2[B]}[Evidence](#) Súc nước muối hoặc xịt thuốc gây tê có thể tạm thời giảm đau khi viêm họng, mặc dù một thử nghiệm ngẫu nhiên, đối chứng giả dược cho thấy việc sử dụng lidocaine dạng nhớt không giúp giảm triệu chứng^[16]

» Hiện không có khuyến nghị sử dụng corticosteroid trong điều trị triệu chứng viêm họng cấp tính.^[3] ^[28] mặc dù một nghiên cứu cho thấy rằng khả năng hết đau hoàn toàn tăng cao ở 24 giờ khi được sử dụng kết hợp với điều trị kháng sinh.^[23] Hướng dẫn điều trị của Hội Bệnh Truyền Nhiễm Hoa Kỳ không khuyến nghị điều trị này.^[3]

■ không có Liên cầu khuẩn nhóm A (GAS) được xác nhận hoặc tiền sử sốt thấp khớp

thêm

trì hoãn hoặc không điều trị kháng sinh

Biện pháp điều trị được khuyến nghị cho TẤT CẢ bệnh nhân trong nhóm bệnh nhân được chọn

» Trong những trường hợp kết quả xét nghiệm nhanh đối với GAS âm tính, phương pháp thích hợp là hoàn toàn không sử dụng thuốc kháng sinh, theo dõi ngày tiếp theo nếu kết quả nuôi cấy họng dương tính. Nuôi cấy họng sẽ được thực hiện ở tất cả các bệnh nhân có xét nghiệm kháng nguyên nhanh âm tính với GAS nhưng có triệu chứng phù hợp với viêm họng GAS. Thuốc kháng sinh điều trị viêm họng do liên cầu khuẩn giúp giảm thời gian xảy ra triệu chứng dưới 1 ngày.^[32]

Cấp tính

- có Liên cầu khuẩn nhóm A (GAS) được xác nhận hoặc tiền sử sốt thấp khớp

thêm

điều trị kháng sinh

Biện pháp điều trị được khuyến nghị cho TẤT CẢ bệnh nhân trong nhóm bệnh nhân được chọn

Các lựa chọn sơ cấp

» **phenoxymethylpenicillin**: trẻ em ≤ 27 kg: 250 mg uống hai đến ba lần mỗi ngày trong vòng 10 ngày, trẻ em >27 kg và người lớn: 500 mg uống hai đến ba lần mỗi ngày trong vòng 10 ngày

HOẶC

» **benzathine benzylpenicillin**: trẻ em ≤ 27 kg: 600.000 đơn vị tiêm trong cơ như là liều đơn; trẻ em >27 kg và người lớn: 1,2 triệu đơn vị tiêm trong cơ như là liều đơn

HOẶC

» **Amoxicillin**: trẻ em: 50 mg/kg/ngày uống thành 2 liều trong vòng 10 ngày, tối đa 1000 mg/ngày; người lớn: 500 mg uống mỗi ngày hai lần trong vòng 10 ngày

Các lựa chọn thứ cấp

» **azithromycin**: trẻ em: 12 mg/kg uống mỗi ngày một lần trong vòng 5 ngày, tối đa 500 mg/ngày; người lớn: 500 mg uống mỗi ngày một lần trong ngày 1, sau đó 250 mg mỗi ngày một lần trong vòng 4 ngày

HOẶC

» **clarithromycin**: trẻ em: 15 mg/kg/ngày uống thành các liều mỗi 12 giờ trong vòng 10 ngày, tối đa 500 mg/ngày; người lớn: 250 mg uống mỗi ngày hai lần trong vòng 10 ngày

HOẶC

» **gốc erythromycin**: trẻ em: 25-50 mg/kg/ngày uống thành 4 liều trong vòng 10 ngày, tối đa 2000 mg/ngày; người lớn: 250-500 mg uống mỗi ngày bốn lần trong vòng 10 ngày

HOẶC

» **cefalexin**: trẻ em: 25-50 mg/kg/ngày uống thành các liều mỗi 12 giờ trong vòng 10 ngày, tối đa 1000 mg/ngày; người lớn: 500 mg uống mỗi ngày hai lần trong vòng 10 ngày

HOẶC

Cấp tính

» **cefadroxil**: trẻ em: 30 mg/kg/ngày uống thành 1-2 liều trong vòng 10 ngày, tối đa 1000 mg/ngày; người lớn: 1000 mg uống thành 1-2 liều trong vòng 10 ngày

HOẶC

» **Clindamycin**: trẻ em: 20 mg/kg/ngày uống thành các liều mỗi 8 giờ trong vòng 10 ngày, tối đa 1800 mg/ngày; người lớn: 300-600 mg uống mỗi 8 giờ trong vòng 10 ngày

» Điều trị kháng sinh cần dành cho những bệnh nhân đã xác định viêm họng (ví dụ do nhiễm khuẩn Streptococcus nhóm A [GAS]) về vi sinh (xét nghiệm) kháng nguyên nhanh hoặc nuôi cấy dương tính) và không phải chỉ dựa vào chẩn đoán lâm sàng.[22] Nếu triệu chứng viêm họng không cải thiện sau 3 hoặc 4 ngày kể từ khi điều trị kháng sinh thích hợp, cần cân nhắc chẩn đoán khác.

» Mục tiêu điều trị GAS là ngăn chặn sốt thấp khớp cấp tính, giảm mức độ nghiêm trọng và thời gian xuất hiện triệu chứng, và ngăn chặn tình trạng lây lan.1[B]Evidence [3]

» Không có tình trạng kháng beta-lactam vốn có với GAS, do đó có thể điều trị với penicillin hoặc amoxicillin, trừ trường hợp dị ứng với penicillin mà có thể sử dụng cẩn trọng macrolide, cephalosporin, hoặc clindamycin.[3] [33] [34] GAS kháng macrolid được báo cáo.[35] Doxycycline và trimethoprim/sulfamethoxazole không được khuyến nghị để điều trị viêm họng GAS.[3]

» Phenoxyethylpenicillin đường uống là lựa chọn điều trị trong vòng 10 ngày Đối với những bệnh nhân không thể uống thuốc hết 10 ngày, có thể dùng 01 liều tiêm bắp benzylpenicillin. Có thể thay thế amoxicillin đường uống ở trẻ em, vì nó có vị dễ chịu hơn phenoxyethylpenicillin. Tránh sử dụng amoxicillin khi điều trị GAS với nhiễm trùng tăng bạch cầu đơn nhân đồng thời vì có khả năng phát ban do amoxicillin.[3] Mặc dù có các khuyến nghị trong hướng dẫn, nhưng có bằng chứng cho thấy rằng thời gian sử dụng penicillin đường uống ngắn hơn (tức 3-6 ngày) có hiệu quả như 10 ngày trong điều trị viêm họng cấp tính, mà không có bằng chứng cho thấy tăng nguy cơ viêm cầu thận sau nhiễm liên cầu hoặc sốt thấp khớp.[36]

» Biện pháp dự phòng kháng sinh ở những người có tiền sử sốt thấp khớp được khuyến nghị để giảm nguy cơ tái phát sốt thấp khớp.

■ với viêm họng tái phát

bổ sung

phẫu thuật cắt amygdal

Cấp tính

- với nhiễm trùng tăng bạch cầu đơn nhân

thêm

Biện pháp điều trị được khuyến nghị cho **MỘT SỐ** bệnh nhân trong nhóm bệnh nhân được chọn

» Thủ thuật cắt amidan có thể giúp ích cho bệnh nhân người lớn bị viêm họng tái phát.[41] [42] [43]

bù nước, nghỉ ngơi ± điều biến miễn dịch

Biện pháp điều trị được khuyến nghị cho **TẤT CẢ** bệnh nhân trong nhóm bệnh nhân được chọn

Các lựa chọn sơ cấp

» **Prednisolone**: trẻ em: 1-2 mg/kg/ngày đường uống; người lớn: 30-60 mg/ngày đường uống

HOẶC

» **globulin miễn dịch thông thường ở người**: trẻ em và người lớn: tham khảo ý kiến chuyên gia để có hướng dẫn về liều dùng

» Mục tiêu điều trị là chăm sóc hỗ trợ, bao gồm bù nước tốt.

» Khuyến nghị vẫn thường là nghỉ ngơi, nhưng giá trị hữu ích thật sự của nó vẫn chưa được biết. Nên tránh hoạt động thể chất tích cực (bao gồm các môn thể thao đối kháng) trong 3 đến 4 tuần đầu sau khi bệnh vì có khả năng vỡ lá lách.

» Corticosteroid toàn thân được dành cho những bệnh nhân nghẽn đường thở nặng, giảm tiểu cầu nặng, và thiếu máu do tan huyết. Thời gian điều trị thường là từ 5 đến 7 ngày.

» Có thể sử dụng immunoglobulin tiêm tĩnh mạch (IVIG), giúp điều chỉnh khả năng đáp ứng của hệ miễn dịch, ở những bệnh nhân giảm tiểu cầu miễn dịch.

- với nhiễm nấm Candida

thêm

điều trị kháng nấm

Biện pháp điều trị được khuyến nghị cho **TẤT CẢ** bệnh nhân trong nhóm bệnh nhân được chọn

Các lựa chọn sơ cấp

» **nystatin**: trẻ em và người lớn: 200.000 đến 400.000 đơn vị đường uống (đào quanh miệng và nuốt) bốn lần mỗi ngày

Các lựa chọn thứ cấp

» **clotrimazole**: người lớn: 10 mg uống mỗi ngày năm lần (thuốc viên)

HOẶC

» **Fluconazole**: người lớn: 200-400 mg đường uống/tiêm tĩnh mạch mỗi ngày một lần

Cấp tính

■ với bệnh bạch hầu

thêm

» Nấm *Candida albicans* thường nhạy cảm với liệu pháp bôi da.

» Các ca viêm miệng do nấm candida nhẹ đến vừa có thể được điều trị với thuốc kháng nấm polyene (như nystatin). Cần lưu ý rằng nystatin dạng huyền phù có hàm lượng sucrose cao và sử dụng thường xuyên, nhất là ở bệnh nhân khô miệng, có thể làm tăng nguy cơ sâu răng. Tiếp tục điều trị trong vòng ít nhất 48 giờ sau khi các triệu chứng đã khỏi.

» Đối với những người nhiễm nấm lan rộng hơn, ở nhiều nơi trên miệng, hoặc ở những người có triệu chứng xảy ra lâu hơn, thuốc chống nấm azole như clotrimazole hoặc fluconazole thích hợp hơn. Thời gian điều trị thường là 14 ngày.

thuốc kháng độc tố bạch hầu

Biện pháp điều trị được khuyến nghị cho TẤT CẢ bệnh nhân trong nhóm bệnh nhân được chọn

Các lựa chọn sơ cấp

» **thuốc kháng độc tố bạch hầu (equine)**: trẻ em và người lớn: 80.000 đến 120.000 đơn vị qua đường truyền tĩnh mạch tùy theo tiến triển bệnh; tư vấn với chuyên gia để được hướng dẫn thêm về liều dùng

» Kháng độc tố bạch hầu là liệu pháp chính và sẽ được sử dụng nhanh chóng, ngay khi có nghi ngờ lâm sàng chắc chắn về bệnh bạch hầu. Khi có kết quả xét nghiệm xác nhận chẩn đoán, nhanh chóng sử dụng thuốc kháng độc tố vì bệnh nhân có thể suy giảm nhanh chóng

» Thuốc kháng độc tố chỉ có thể trung hòa độc tố tự do trong huyết thanh, và tính hiệu lực giảm đáng kể sau khi khởi phát các triệu chứng da màng nhầy, cho thấy độc tố di chuyển vào các tế bào.

thêm

điều trị kháng sinh

Biện pháp điều trị được khuyến nghị cho TẤT CẢ bệnh nhân trong nhóm bệnh nhân được chọn

Các lựa chọn sơ cấp

» **benzylpenicillin sodium**: trẻ em: 100 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch/trong cơ thành các liều mỗi 6 giờ; người lớn: 2,4 đến 4,8 g/ngày tiêm tĩnh mạch/trong cơ thành các liều mỗi 6 giờ

HOẶC

» **procaine benzylpenicillin**: trẻ em ≤ 10 kg: 300.000 đơn vị tiêm trong cơ mỗi ngày một lần; trẻ em > 10 kg và người lớn: 600.000 đơn vị tiêm trong cơ mỗi ngày một lần

Cấp tính

HOẶC

» **gốc erythromycin**: trẻ em: 40-50 mg/kg/ngày uống thành các liều mỗi 6 giờ, tối đa 2000 mg/ngày; người lớn: 250-500 mg uống mỗi ngày bốn lần

» Kháng sinh không phải là thuốc thay thế cho điều trị bằng antitoxin, nhưng sử dụng để phòng ngừa sản sinh thêm toxin bằng việc diệt trừ vi khuẩn *Corynebacterium diphtheriae*. Chúng cũng điều trị các bệnh nhiễm trùng da khu trú. Ngoài ra, thuốc kháng sinh giúp ngăn chặn việc truyền bệnh qua tiếp xúc. *C. diphtheriae* thường nhạy cảm với penicillin và erythromycin.[39]

» Thời gian điều trị: 14 ngày.

■ với bệnh tularaemia

thêm

điều trị kháng sinh

Biện pháp điều trị được khuyến nghị cho TẤT CẢ bệnh nhân trong nhóm bệnh nhân được chọn

Các lựa chọn sơ cấp

» **Ciprofloxacin**: người lớn: 750 mg uống mỗi ngày hai lần

HOẶC

» **streptomycin**: trẻ em: 15 mg/kg tiêm tĩnh mạch mỗi 12 giờ; người lớn: 1000 mg tiêm tĩnh mạch mỗi 12 giờ

HOẶC

» **gentamicin**: trẻ em và người lớn: 3-5 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch/trong cơ

» Điều trị kháng sinh đối với *Francisella tularensis* là phương pháp điều trị chủ yếu cho mọi bệnh nhân bất kể biểu hiện lâm sàng.

» Nên tuân theo các thông lệ cách ly tiêu chuẩn, và xét nghiệm lâm sàng cần được thông báo mẫu bệnh phẩm nghi ngờ tularaemia trước khi gửi mẫu lâm sàng.

» Ciprofloxacin có vẻ như có hiệu quả tương tự như aminoglycoside (streptomycin hoặc gentamicin) trong những trường hợp lâm sàng hạn chế hơn.

» Thời gian điều trị: 7 đến 14 ngày. Có thể tái phát, và sẽ được điều trị với liệu pháp điều trị thêm "7 đến 14 ngày".

■ với khuẩn hình cầu hoặc nấm chlamydia

thêm

điều trị kháng sinh

Biện pháp điều trị được khuyến nghị cho TẤT CẢ bệnh nhân trong nhóm bệnh nhân được chọn

Cấp tính

Các lựa chọn sơ cấp

- » ceftriaxone: đơn liều 250 mg trong cơ
- và-
- » azithromycin: 1 g đường uống như là liều đơn

» Khó loại bỏ khuẩn hình cầu khỏi họng hơn là vùng niệu-sinh dục. Phác đồ đôi (ceftriaxone và azithromycin) được khuyến nghị để ngăn sự phát triển của các chủng kháng cephalosporins. Phác đồ đôi cũng tích cực chống lại chlamydia. Xét nghiệm sau điều trị sẽ được chỉ định để đảm bảo loại bỏ sau khi điều trị.[40]

» Thuốc cephalosporin đường uống không được chứng minh về tính hiệu lực đối với bệnh lậu cổ họng nhưng có thể đconfirm ược sử dụng cùng với xét nghiệm điều trị.

Khuyến nghị

Theo dõi

Thường không yêu cầu xét nghiệm sau điều trị bằng nuôi cấy mẫu họng theo dõi hoặc xét nghiệm kháng nguyên nhanh đối với Streptococcus nhóm A (GAS), trừ những bệnh nhân có nguy cơ cao bị suy thận cấp tính hoặc những người bị tái phát các triệu chứng cơ năng tương thích với GAS.[3] Tuy nhiên xét nghiệm sau điều trị thường được áp dụng cho những bệnh nhân được điều trị viêm họng do khuẩn hình cầu. Nếu triệu chứng viêm họng không cải thiện sau 3 hoặc 4 ngày, cần cân nhắc chẩn đoán khác.

Hướng dẫn dành cho bệnh nhân

Cần hướng dẫn bệnh nhân theo nguyên nhân gây bệnh viêm họng cấp tính cụ thể. Bệnh nhân sẽ được hướng dẫn theo dõi các triệu chứng sẽ cải thiện trong vòng 3 hoặc 4 ngày. Không cần nằm nghỉ hoặc cách ly, tuy nhiên người tiếp xúc gần gũi với những người có triệu chứng viêm họng GAS hoặc sốt thấp khớp hoặc viêm thận tiểu cầu sau nhiễm liên cầu trước đây nên xét nghiệm. Có thể sử dụng thuốc giảm đau cho các triệu chứng đau họng, đau đầu, và sốt, mặc dù nên tránh sử dụng aspirin ở trẻ em vì liên quan đến hội chứng Reye. Trẻ có thể đi học lại sau khi sử dụng thuốc kháng sinh trong ít nhất 24 giờ. Các em cũng có thể đi học lại sau khi hết sốt và không còn cảm thấy mệt mỏi.

Các biến chứng

Các biến chứng	Khung thời gian	Khả năng
sốt scarlet	ngắn hạn	thấp
<p>Sốt scarlet đơn giản là sự phát ban 'scarlatina' đặc trưng do nhiễm trùng với chủng liên cầu khuẩn tạo ra độc tố gây ban đỏ (thường là nhóm A nhưng cũng có thể là loại B hoặc C). Phát ban là nổi các nốt sần khuếch tán có cảm giác "nhám" đặc trưng. Phát ban thường bắt đầu ở các nếp gấp bẹn và nách, lan rộng khuếch tán, sau đó tróc vảy. Quanh miệng có màu xanh tái và lưỡi có hình quả dâu tây. Chẩn đoán dựa trên đánh giá lâm sàng, và nên điều trị theo hướng loại bỏ khuẩn liên cầu. Cách thức điều trị không khác với cách thức điều trị viêm họng do GAS.</p> <p>[Fig-2]</p>		
sốt thấp khớp	biến thiên	thấp
<p>Sốt thấp khớp có biểu hiện như viêm đa khớp, viêm tim, cục u ở da, hồng ban vòng, và chứng múa giật. Đó là một biến chứng hiếm gặp của nhiễm khuẩn Streptococcus nhóm A (GAS) và hầu hết thường thấy ở độ tuổi từ 3 đến 21 tuổi. Điều trị triệu chứng có thể rút ngắn giai đoạn viêm cấp tính, nhất là viêm đa khớp, có thể rất đau. Penicillin là lựa chọn đầu tiên cho biện pháp dự phòng thứ phát.</p>		
viêm cầu thận	biến thiên	thấp
<p>Viêm cầu thận cấp tính liên quan đến nhiễm khuẩn Streptococcus nhóm A (GAS) ở hầu họng hoặc da 1 đến 3 tuần sau khi nhiễm khuẩn. Việc điều trị rối loạn tiềm ẩn và HTN, mỡ máu cao, và protein niệu là liệu pháp điều trị chính. Hầu hết mọi người bình phục mà không bị suy thận lâu dài. Một số bệnh nhân có thể cần lọc máu hoặc ghép thận. Thuốc kháng sinh có thể không ngăn được viêm cầu thận, nhưng chúng ta không thể chắc chắn.</p>		

Tiên lượng

Điều trị kháng sinh đối với viêm họng do nhiễm khuẩn Streptococcus nhóm A (GAS) cho kết quả giảm cường độ và thời gian triệu chứng cơ năng, và phòng ngừa biến chứng sốt thấp khớp về lâu dài. Triệu chứng khởi trong vòng một đến vài ngày. Tuy nhiên, những người nhiễm bệnh vẫn có thể mắc bệnh lại. Các biến chứng của viêm họng do vi-rút rất hiếm. Các triệu chứng thường khởi trong vòng 7 đến 10 ngày.

Hướng dẫn chẩn đoán

Châu Âu

SMI B 9: Investigation of throat related specimens

Nhà xuất bản: Public Health England

Xuất bản lần cuối: 2015

UK national guideline for the management of gonorrhoea in adults

Nhà xuất bản: British Association for Sexual Health and HIV

Xuất bản lần cuối: 2011

Bắc Mỹ

Pharyngitis (strep throat)

Nhà xuất bản: Centers for Disease Control and Prevention

Xuất bản lần cuối: 2016

Acute pharyngitis in adults: physician information sheet

Nhà xuất bản: Centers for Disease Control and Prevention

Xuất bản lần cuối: 2015

Epstein-Barr virus and infectious mononucleosis

Nhà xuất bản: National Center for Infectious Diseases; Centers for Disease Control and Prevention

Xuất bản lần cuối: 2014

Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update

Nhà xuất bản: Infectious Diseases Society of America

Xuất bản lần cuối: 2012

Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute streptococcal pharyngitis

Nhà xuất bản: American Heart Association

Xuất bản lần cuối: 2009

Hướng dẫn điều trị

Châu Âu

UK national guideline for the management of gonorrhoea in adults

Nhà xuất bản: British Association for Sexual Health and HIV

Xuất bản lần cuối: 2011

Respiratory tract infections (self-limiting): prescribing antibiotics

Nhà xuất bản: National Institute for Health and Care Excellence

Xuất bản lần cuối: 2008

Bắc Mỹ**Appropriate antibiotic use for acute respiratory tract infection in adults: advice for high-value care from the American College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention****Nhà xuất bản:** American College of Physicians**Xuất bản lần cuối:** 2016**Clinical practice guideline for the management of candidiasis: 2016 update****Nhà xuất bản:** Infectious Diseases Society of America**Xuất bản lần cuối:** 2016**Pharyngitis (strep throat)****Nhà xuất bản:** Centers for Disease Control and Prevention**Xuất bản lần cuối:** 2016**Acute pharyngitis in adults: physician information sheet****Nhà xuất bản:** Centers for Disease Control and Prevention**Xuất bản lần cuối:** 2015**Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update****Nhà xuất bản:** Infectious Diseases Society of America**Xuất bản lần cuối:** 2012**Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute streptococcal pharyngitis****Nhà xuất bản:** American Heart Association**Xuất bản lần cuối:** 2009**Châu Phi****Updated recommendations for the management of upper respiratory tract infections in South Africa****Nhà xuất bản:** Working Group of the Infectious Diseases Society of Southern Africa**Xuất bản lần cuối:** 2015

Điểm số bằng chứng

- Cải thiện về triệu chứng: có bằng chứng chất lượng vừa phải cho thấy kháng sinh hiệu quả hơn khi sử dụng trong 3 ngày so với giả dược trong việc giảm đau họng và đau đầu, đặc biệt ở những người có kết quả lấy dịch họng dương tính với Streptococcus.

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.
- Cải thiện triệu chứng: có bằng chứng khá thuyết phục cho rằng thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs) có hiệu quả hơn thuốc giả dược, giúp giảm các triệu chứng đau họng ở 24 giờ đến 5 ngày.

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

- Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2012 Nov 15;55(10):e86-102. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Public Health England. Standards for Microbiology Investigations B 9: Investigation of throat related specimens. April 2015 [internet publication]. [Toàn văn](#)
- Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for sore throat. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Nov 5; (11):CD000023. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- van Driel ML, De Sutter AI, Habraken H, et al. Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Sep 11;9:CD004406. [Tóm lược](#)
- Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015 Jun 5;64(RR-03):1-137. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)

Tài liệu tham khảo

1. Orenstein WA, Perry RT, Halsey NA. The clinical significance of measles: a review. J Infect Dis. 2004 May 1;189(suppl 1):S4-S16. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
2. Penn RL. Francisella tularensis. In: Mandell, GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Principles and practice of infectious diseases. 6th ed. New York, NY: Churchill Livingstone; 2005:2674-2685.
3. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2012 Nov 15;55(10):e86-102. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
4. Bisno AL. Acute pharyngitis. New Engl J Med. 2001 Jan 18;344(3):205-11. [Tóm lược](#)
5. Glavey SV, Keane N, Power M, et al. Posterior pharyngeal candidiasis in the absence of clinically overt oral involvement: a cross-sectional study. Lung. 2013 Dec;191(6):663-8. [Tóm lược](#)
6. Cooper RJ, Hoffman JR, Bartlett JG, et al. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults: background. Ann Intern Med. 2001 Mar 20;134(6):509-17. [Tóm lược](#)
7. Meland E, Digraanes A, Skjaerven R. Assessment of clinical features predicting streptococcal pharyngitis. Scand J Infect Dis. 1993;25(2):177-83. [Tóm lược](#)
8. Cohen JF, Bertille N, Cohen R, et al. Rapid antigen detection test for group A streptococcus in children with pharyngitis. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Jul 4;(7):CD010502. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
9. Felsenstein S, Faddoul D, Sposto R, et al. Molecular and clinical diagnosis of group A streptococcal pharyngitis in children. J Clin Microbiol. 2014 Nov;52(11):3884-9. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)

10. Uhl JR, Adamson SC, Vetter EA, et al. Comparison of LightCycler PCR, rapid antigen immunoassay, and culture for detection of group A streptococci from throat swabs. *J Clin Microbiol.* 2003 Jan;41(1):242-9. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
11. Public Health England. Standards for Microbiology Investigations B 9: Investigation of throat related specimens. April 2015 [internet publication]. [Toàn văn](#)
12. Centers for Disease Control and Prevention. Acute pharyngitis in adults: physician information sheet. April 2015 [internet publication]. [Toàn văn](#)
13. Lean WL, Arnup S, Danchin M, et al. Rapid diagnostic tests for group A streptococcal pharyngitis: a meta-analysis. *Pediatrics.* 2014 Oct;134(4):771-81. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
14. American Academy of Pediatrics. Epstein-Barr virus infections. In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, et al., eds. *Red Book®: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases.* 30th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2015:336-340.
15. Little P, Hobbs FD, Moore M, et al; PRISM investigators. PRImary care Streptococcal Management (PRISM) study: in vitro study, diagnostic cohorts and a pragmatic adaptive randomised controlled trial with nested qualitative study and cost-effectiveness study. *Health Technol Assess.* 2014 Jan;18(6):vii-xxv, 1-101. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
16. Hopper SM, McCarthy M, Tanchaen C, et al. Topical lidocaine to improve oral intake in children with painful infectious mouth ulcers: a blinded, randomized, placebo-controlled trial. *Ann Emerg Med.* 2014 Mar;63(3):292-9. [Tóm lược](#)
17. de Mey C, Koelsch S, Richter E, et al. Efficacy and safety of ambroxol lozenges in the treatment of acute uncomplicated sore throat - a pooled analysis. *Drug Res (Stuttg).* 2016 Jul;66(7):384-92. [Tóm lược](#)
18. de Mey C, Patel J, Lakha DR, et al. Efficacy and safety of an oral ambroxol spray in the treatment of acute uncomplicated sore throat. *Drug Res (Stuttg).* 2015 Dec;65(12):658-67. [Tóm lược](#)
19. Mukherjee PK, Esper F, Buchheit K, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial to assess the safety and effectiveness of a novel dual-action oral topical formulation against upper respiratory infections. *BMC Infect Dis.* 2017 Jan 14;17(1):74. [Tóm lược](#)
20. Schachtel BP, Shephard A, Shea T, et al. Flurbiprofen 8.75 mg lozenges for treating sore throat symptoms: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Pain Manag.* 2016 Nov;6(6):519-29. [Tóm lược](#)
21. Shephard A, Zybeshari S. Virucidal action of sore throat lozenges against respiratory viruses parainfluenza type 3 and cytomegalovirus. *Antiviral Res.* 2015 Nov;123:158-62. [Tóm lược](#)
22. Cohen JF, Cohen R, Levy C, et al. Selective testing strategies for diagnosing group A streptococcal infection in children with pharyngitis: a systematic review and prospective multicentre external validation study. *CMAJ.* 2015 Jan 6;187(1):23-32. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
23. Hayward G, Thompson MJ, Perera R, et al. Corticosteroids as standalone or add-on treatment for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Oct 17;(10):CD008268. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)

24. Sadeghirad B, Siemieniuk RAC, Brignardello-Petersen R, et al. Corticosteroids for treatment of sore throat: systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ*. 2017 Sep 20;358:j3887. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
25. Hayward GN, Hay AD, Moore MV, et al. Effect of oral dexamethasone without immediate antibiotics vs placebo on acute sore throat in adults: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2017 Apr 18;317(15):1535-43. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
26. Lepelletier D, Pinaud V, Le Conte P, et al. Is there an association between prior anti-inflammatory drug exposure and occurrence of peritonsillar abscess (PTA)? A national multicenter prospective observational case-control study. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2017 Jan;36(1):57-63. [Tóm lược](#)
27. Waljee AK, Rogers MA, Lin P, et al. Short term use of oral corticosteroids and related harms among adults in the United States: population based cohort study. *BMJ*. 2017 Apr 12;357:j1415. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
28. Wing A, Villa-Roel C, Yeh B, et al. Effectiveness of corticosteroid treatment in acute pharyngitis: a systematic review of the literature. *Acad Emerg Med*. 2010 May;17(5):476-83. [Tóm lược](#)
29. Fleming-Dutra KE, Hersh AL, Shapiro DJ, et al. Prevalence of inappropriate antibiotic prescriptions among US ambulatory care visits, 2010-2011. *JAMA*. 2016 May 3;315(17):1864-73. [Tóm lược](#)
30. de la Poza Abad M, Mas Dalmau G, Moreno Bakedano M, et al; Delayed Antibiotic Prescription (DAP) Group. Prescription strategies in acute uncomplicated respiratory infections: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2016 Jan;176(1):21-9. [Tóm lược](#)
31. Coxeter P, Del Mar CB, McGregor L, et al. Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Nov 12;(11):CD010907. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
32. Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Nov 5;(11):CD000023. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
33. Pichichero ME. A review of evidence supporting the American Academy of Pediatrics recommendation for prescribing cephalosporin antibiotics for penicillin-allergic patients. *Pediatrics*. 2005 Apr;115(4):1048-57. [Tóm lược](#)
34. van Driel ML, De Sutter AI, Habraken H, et al. Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Sep 11;9:CD004406. [Tóm lược](#)
35. Green M, Martin JM, Barbadora KA, et al. Reemergence of macrolide resistance in pharyngeal isolates of group A streptococci in southwestern Pennsylvania. *Antimicrob Agents Chemother*. 2004 Feb;48(2):473-6. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
36. Altamimi S, Khalil A, Khalaiwi KA, et al. Short-term late-generation antibiotics versus longer term penicillin for acute streptococcal pharyngitis in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Aug 15;(8):CD004872. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
37. Bartlett A, Williams R, Hilton M. Splenic rupture in infectious mononucleosis: a systematic review of published case reports. *Injury*. 2016 Mar;47(3):531-8. [Tóm lược](#)

38. De Paor M, O'Brien K, Fahey T, et al. Antiviral agents for infectious mononucleosis (glandular fever). Cochrane Database Syst Rev. 2016 Dec 8;(12):CD011487. [Tóm lược](#)

39. Centers for Disease Control and Prevention. Diphtheria. January 2016 [internet publication]. [Toàn văn](#)

40. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015 Jun 5;64(RR-03):1-137. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)

41. Koskenkorva T, Koivunen P, Koskela M, et al. Short-term outcomes of tonsillectomy in adult patients with recurrent pharyngitis: a randomized controlled trial. CMAJ. 2013 May 14;185(8):E331-6. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)

42. Burton MJ, Glasziou PP, Chong LY, et al. Tonsillectomy or adenotonsillectomy versus non-surgical treatment for chronic/recurrent acute tonsillitis. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Nov 19;(11):CD001802. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)

43. Morad A, Sathe NA, Francis DO, et al. Tonsillectomy versus watchful waiting for recurrent throat infection: a systematic review. Pediatrics. 2017 Feb;139(2). pii: e20163490. [Tóm lược](#)

Hình ảnh



Hình 1: Giả mạc điển hình của viêm họng do bệnh bạch hầu

Bản quyền của Khoa Nhi và Y khoa trẻ vị thành niên, Bệnh viện Princess Margaret, Hong Kong; được sử dụng có sự cho phép



Hình 2: Phát ban sốt scarlet trên cánh tay do vi khuẩn liên cầu khuẩn nhóm A

Hình ảnh từ Thư viện Hình ảnh Sức khỏe Cộng đồng của Trung tâm Kiểm soát Bệnh



Hình 3: Lớp màng ở bên cổ cho thấy viêm thanh nhiệt

Từ bộ sưu tập cá nhân của bác sĩ Petri; được sử dụng với sự cho phép

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:

Jeffrey R. Donowitz, MD

Pediatrician

Pediatric Infectious Diseases, Children's Hospital of Richmond, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA

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

// Lời cảm ơn:

Dr Jeffrey R. Donowitz would like to gratefully acknowledge Dr William A. Petri, Jr, a previous contributor to this monograph. WAP declares that he has no competing interests.

// Những Người Bình duyệt:

Richard Roberts, MD, JD, FAAFP, FCLM

Professor of Family Medicine

University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, Madison, WI

CÔNG KHAI THÔNG TIN: RR 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.