

VIÊM HỌNG (PHARYNGITIS)

Pratha Muthiah, MD, MPH

TỔNG QUAN

MÔ TẢ

- Tên gọi khác: đau họng; viêm amidan; “viêm họng liên cầu”
- Viêm cấp tính hoặc mạn tính niêm mạc hầu họng và các cấu trúc bên dưới của họng
- Viêm họng do liên cầu khuẩn nhóm A (GAS) đáng chú ý vì có thể gây các biến chứng có thể phòng ngừa được, bao gồm biến chứng sinh mủ (ví dụ: áp xe thành sau họng hoặc áp xe quanh amidan) và biến chứng không sinh mủ (ví dụ: di chứng thấp tim).

DỊCH TỄ HỌC

- Khoảng 15 triệu ca được chẩn đoán mỗi năm.
- Chiếm 1–2% tổng số lượt khám ngoại trú và 6% tổng số lượt khám nhi khoa tại các bác sĩ chăm sóc ban đầu
- Nguyên nhân thường gặp nhất là virus (40–60% các trường hợp)
- GAS là nguyên nhân vi khuẩn phổ biến nhất gây viêm họng cấp, chiếm 15–30% các ca ở trẻ em và 5–15% các ca ở người lớn. Thời gian ủ bệnh từ 24 đến 72 giờ.
- Thấp tim là một di chứng nghiêm trọng nhưng hiếm gặp tại Hoa Kỳ (<1 ca/100.000). Việc sử dụng kháng sinh sớm đã làm giảm tỷ lệ mắc bệnh.
- Cần điều trị cho 3.000 đến 4.000 bệnh nhân nhiễm liên cầu khuẩn tan huyết beta nhóm A để phòng ngừa được 1 trường hợp thấp tim cấp.
- Ảnh hưởng đến mọi nhóm tuổi; một số nguyên nhân và di chứng xảy ra thường xuyên hơn ở một số nhóm tuổi nhất định.

Lưu ý ở trẻ em

Tỷ lệ mắc thấp tim cao nhất là ở trẻ em từ 5 đến 18 tuổi, là một di chứng hiếm gặp của viêm họng do liên cầu khuẩn.

NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

- Cấp tính, do virus (thường kèm sốt nhẹ hơn)
 - Rhinovirus; adenovirus (liên quan đến viêm kết mạc); parainfluenza virus; coxsackievirus (bệnh tay chân miệng); coronavirus; echovirus
 - Herpes simplex virus (HSV) (tổn thương dạng mụn nước); Epstein-Barr virus (EBV/tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn); cytomegalovirus (CMV)
 - HIV
- Cấp tính, do vi khuẩn (thường kèm sốt cao hơn)
 - Liên cầu khuẩn tan huyết beta nhóm A
 - Neisseria gonorrhoeae; Corynebacterium diphtheriae (bạch hầu); Haemophilus influenzae
 - Moraxella catarrhalis; Chlamydia pneumoniae
 - Fusobacterium necrophorum (20% các ca ở người trẻ tuổi); liên cầu khuẩn nhóm C hoặc G
 - Arcanobacterium haemolyticum; Mycoplasma pneumoniae; Francisella tularensis (bệnh tularemia)

- Cấp tính, không do nhiễm trùng
 - Do các nguyên nhân ăn mòn, cơ học hoặc chấn thương (bao gồm đặt nội khí quản)
- Mạn tính, thường không do nhiễm trùng
 - Kích ứng hóa học (trào ngược dạ dày–thực quản, GERD)
 - Hút thuốc lá
 - U tân sinh (khối u)
 - Viêm mạch
 - Thay đổi do xạ trị

Di truyền học

Bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc thấp tim có nguy cơ cao hơn bị di chứng thấp tim sau khi nhiễm liên cầu khuẩn tan huyết beta nhóm A không được điều trị.

YẾU TỐ NGUY CƠ

- Dịch bệnh do liên cầu khuẩn tan huyết beta nhóm A
- Mùa lạnh và cúm (từ cuối thu đến đầu xuân)
- Tuổi (có thể mắc thấp tim, đặc biệt ở trẻ em/thanh thiếu niên 5 đến 15 tuổi)
- Tiếp xúc gần với người bị nhiễm bệnh (tại nhà, nhà trẻ, doanh trại quân đội)
- Suy giảm miễn dịch
- Hút thuốc/tiếp xúc với khói thuốc thụ động
- Trào ngược axit
- Quan hệ tình dục bằng miệng
- Đái tháo đường
- Mới ốm gần đây (nhiễm khuẩn thứ phát sau nhiễm virus)
- Vi khuẩn khu trú mạn tính ở amidan/VA

PHÒNG NGỪA CHUNG

- Tránh tiếp xúc gần với bệnh nhân đang nhiễm bệnh.
- Rửa tay thường xuyên.
- Tránh hút thuốc chủ động hoặc thụ động.
- Kiểm soát các nguyên nhân có thể phòng ngừa được (ví dụ: GERD).

CHẨN ĐOÁN

BỆNH SỬ

- Đau họng
- Khó nuốt (dysphagia) hoặc đau khi nuốt (odynophagia)
- Ho (hiếm gặp trong viêm họng do GAS)
- Khàn giọng; giọng nói kiểu “ngậm khoai tây nóng”
- Sốt
- Chán ăn
- Ớn lạnh

- Khó chịu; mệt mỏi
- Đau đầu
- Tiêu buốt và đau khớp (gợi ý nguyên nhân do lậu cầu)
- Có người tiếp xúc gần bị triệu chứng tương tự hoặc đã được chẩn đoán xác định

KHÁM LÂM SÀNG

- Amidan sưng to, có thể kèm hoặc không kèm dịch mủ
- Đỏ niêm mạc hầu họng; chấm xuất huyết ở khẩu cái
- Sưng amidan một bên (“bụng ếch”) hoặc lưỡi gà lệch (gợi ý áp xe quanh amidan)
- Cứng hàm (trismus); thở rít (stridor); chảy nước dãi (gợi ý áp xe quanh amidan hoặc thành sau họng)
- Hạch cổ (hạch trước gợi ý GAS, hạch sau thường gặp nhất trong tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn)
- Sốt (cao hơn trong nhiễm khuẩn)
- Loét hầu họng (CMV, HIV, bệnh Crohn, các bệnh viêm mạch tự miễn khác)
- Phát ban sốt tinh hồng nhiệt: các nốt sẩn đỏ chấm với các nếp gấp da nổi rõ và tái quanh miệng gợi ý viêm họng do liên cầu khuẩn.
- Chấm xuất huyết ở amidan/khẩu cái mềm kèm gan lách to gợi ý tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn (EBV/CMV).
- Màng giả xám trong khoang miệng gợi ý bạch hầu và đôi khi gặp trong tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn (EBV/CMV).
- Mụn nước trong, có nền đỏ đặc trưng gợi ý nhiễm HSV hoặc coxsackie A (bệnh herpangina).
- Viêm kết mạc gợi ý nhiễm adenovirus.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Nhiễm virus
- Nhiễm liên cầu khuẩn
- Viêm mũi dị ứng/chảy dịch mũi sau
- GERD
- Bệnh ác tính (lymphoma hoặc ung thư biểu mô tế bào vảy)
- Chất kích ứng/hóa chất (nuốt phải chất tẩy rửa/chất ăn mòn)
- Vi khuẩn không điển hình (ví dụ: lậu cầu, chlamydia, giang mai, ho gà, bạch hầu)
- Nấm candida miệng (bệnh nhân thường than phiền chủ yếu về khó nuốt)
- Viêm tuyến giáp (có thể đau hoặc không đau, có thể kèm hội chứng cường giáp)
- Viêm nắp thanh môn (kèm thở rít, chảy nước dãi và suy hô hấp tiến triển)

XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN VÀ GIẢI THÍCH KẾT QUẢ

- Các quy tắc dự đoán lâm sàng giúp xác định nhu cầu xét nghiệm thêm (xem bên dưới).
- Thường không cần xét nghiệm thêm nếu có các đặc điểm lâm sàng gợi ý virus (ví dụ: ho, sổ mũi, khàn giọng, loét miệng, tiêu chảy, viêm kết mạc, phát ban) (1)[A]
- Tránh xét nghiệm GAS ở trẻ <3 tuổi vì đợt cấp thấp tìm hiếm gặp, trừ khi có người tiếp xúc gần dương tính với GAS (1)[B].
- Thang điểm Centor cải tiến để dự đoán nhiễm liên cầu khuẩn nhóm A (2)[A]:
 - +1 điểm: có dịch mủ ở amidan
 - +1 điểm: hạch cổ trước đau khi ấn

- +1 điểm: không ho
- +1 điểm: có sốt theo bệnh sử
- +1 điểm: tuổi <15
- 0 điểm: tuổi 15 đến 45
- -1 điểm: tuổi >45
- Cách tính điểm:
 - Nếu 4 điểm: giá trị dự đoán dương khoảng 80%; điều trị theo kinh nghiệm.
 - Nếu 2–3 điểm: giá trị dự đoán dương khoảng 50%, làm xét nghiệm kháng nguyên liên cầu nhanh; điều trị nếu dương tính với GAS.
 - Nếu 0 hoặc 1 điểm: giá trị dự đoán dương <20%; không cần xét nghiệm; điều trị triệu chứng và theo dõi khi cần.

Xét nghiệm ban đầu (xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh)

- Nếu thực hiện xét nghiệm, thường là để tìm GAS. Các lựa chọn bao gồm:
 - Xét nghiệm kháng nguyên liên cầu nhanh (RAST); công cụ hỗ trợ nhanh cho nuôi cấy dịch họng, độ đặc hiệu 96% và độ nhạy 86% (dù độ nhạy thay đổi tùy loại kit) (3)[A]
 - Nuôi cấy dịch họng trên thạch máu — tiêu chuẩn vàng, độ nhạy 90–95% (3)[A]
 - Không cần nuôi cấy dịch họng bổ sung ở người lớn có xét nghiệm RAST âm tính. Được khuyến nghị ở trẻ em có RAST âm tính do nguy cơ biến chứng cao hơn, nhưng có thể bỏ qua nếu đã dùng xét nghiệm miễn dịch hoặc xét nghiệm phân tử có độ nhạy cao.
 - Antistreptolysin O (nghi ngờ trạng thái người lành mang mầm bệnh nếu nuôi cấy dương tính và hiệu giá ASO không đổi)
- Xét nghiệm đặc biệt nếu bệnh sử gợi ý chẩn đoán khác
 - Môi trường Thayer-Martin âm hoặc xét nghiệm kháng nguyên cho *N. gonorrhoeae*
 - Nuôi cấy virus cho HSV
 - Xét nghiệm Monospot cho EBV
 - Xét nghiệm huyết thanh IgM cho CMV

Xét nghiệm theo dõi và các lưu ý đặc biệt

Nhiễm GAS tái phát có thể cho thấy vật chủ sản sinh β -lactamase, có thể cần kháng sinh có hoạt tính kháng β -lactamase.

Giải thích kết quả xét nghiệm

Độ nhạy với đĩa bacitracin của các khuẩn lạc tan huyết gợi ý liên cầu khuẩn tan huyết beta nhóm A.

ĐIỀU TRỊ

Điều trị chủ yếu nhằm giảm triệu chứng, trừ khi đã xác định hoặc nghi ngờ cao nhiễm khuẩn.

BIỆN PHÁP CHUNG

Điều trị bảo tồn được khuyến nghị cho hầu hết các trường hợp (trừ khi nghi ngờ nguyên nhân do vi khuẩn):

- Súc miệng nước muối
- Acetaminophen 10–15 mg/kg/liều mỗi 4 giờ khi cần để giảm đau hoặc hạ sốt (trẻ em). Ở người lớn, không vượt quá 3 g/ngày.
- Thuốc chống viêm không steroid (NSAID) để giảm đau hoặc hạ sốt (hiệu quả hơn acetaminophen trong viêm họng do GAS)

- Viên ngậm gây tê
- Máy tạo ẩm phun sương mát
- Bù nước (uống hoặc truyền tĩnh mạch nếu không dung nạp đường uống)
- Lidocaine dạng nhót (2%) 5–10 mL uống mỗi 4 giờ, súc rồi nhổ ra (đau nặng)

Lưu ý ở trẻ em

- Không khuyến nghị dùng opioid do có cảnh báo hộp đen
- Ngưỡng bắt đầu kháng sinh thấp hơn do nguy cơ thấp tim cao hơn
- Tránh dùng aspirin để giảm triệu chứng ở trẻ em do nguy cơ hội chứng Reye

THUỐC ĐIỀU TRỊ

- Kháng sinh (đặc biệt là penicillin) chủ yếu được dùng để phòng ngừa biến chứng.
 - 60–70% lượt khám chăm sóc ban đầu ở trẻ em bị viêm họng dẫn đến kê đơn kháng sinh (4). Điều trị theo kinh nghiệm dẫn đến lạm dụng kháng sinh.
 - Thời gian điều trị thường là 10 ngày (1)[A]
 - Kháng sinh không làm giảm nguy cơ viêm cầu thận sau nhiễm liên cầu khuẩn.
 - Kháng sinh rút ngắn thời gian có triệu chứng khoảng 16 giờ (5).
 - Kháng sinh có thể ngăn ngừa viêm họng/sốt vào ngày thứ 3 (số cần điều trị NNT = 4 nếu dương tính GAS, 6,5 nếu âm tính GAS, 14,4 nếu chưa xét nghiệm) (5)[A].
- Loét liên quan đến bệnh tự miễn thường cần dùng steroid toàn thân hoặc tiêm tại chỗ tổn thương.
- Loét liên quan đến HIV là do số lượng CD4 giảm và cải thiện khi hiệu giá CD4 của bệnh nhân tăng lên.
- Corticosteroid, khi dùng đồng thời với kháng sinh, có thể giúp giảm nhẹ thời gian có triệu chứng (24 giờ). Hiện không khuyến nghị sử dụng thường quy (1)[B],(3)[B].

Điều trị bậc một

Các liệu pháp bậc một được khuyến nghị (1)[A]:

- Penicillin V: trẻ em (<27 kg): 250 mg uống 3 lần/ngày (có thể dùng 2 lần/ngày nếu tuân thủ tốt); thanh thiếu niên và người lớn (>27 kg): 250 mg uống 4 lần/ngày hoặc 500 mg uống 2 lần/ngày
- Penicillin G benzathine: trẻ em <27 kg (60 lb): 600.000 đơn vị tiêm bắp, liều duy nhất; trẻ em ≥27 kg và người lớn: 1,2 triệu đơn vị tiêm bắp, liều duy nhất
- Amoxicillin: 50 mg/kg uống 1 lần/ngày (tối đa 1.000 mg/liều) hoặc 25 mg/kg uống 2 lần/ngày (tối đa 500 mg/liều)

LƯU Ý

Thận trọng khi sử dụng nếu chẩn đoán chưa rõ ràng vì dùng amoxicillin trong nhiễm EBV có thể gây phát ban.

Điều trị bậc hai

- Nếu có phản ứng quá mẫn tít IV nhưng không có tiền sử dị ứng phản vệ với penicillin:
 - Cephalexin 20 mg/kg uống 2 lần/ngày, hoặc (trẻ em) 25–50 mg/kg/ngày chia 2 lần, hoặc (người lớn) 1.000 mg uống 4 lần/ngày (tối đa 4 g/ngày)
 - Cefadroxil 30 mg/kg uống 1 lần/ngày (tối đa 1 g/ngày)
- Nếu có tiền sử dị ứng phản vệ với penicillin (quá mẫn tít I):
 - Azithromycin 12 mg/kg uống 1 lần/ngày trong 5 ngày (tối đa 500 mg/liều)
 - Clarithromycin 7,5 mg/kg uống 2 lần/ngày (tối đa 250 mg/liều), hoặc (người lớn) 250–500 mg uống 2 lần/ngày

- Clindamycin 7 mg/kg uống 3 lần/ngày (tối đa 300 mg/liều), hoặc (trẻ em) 10–30 mg/kg/ngày chia 3–4 lần, hoặc (người lớn) 150–450 mg uống 3–4 lần/ngày
- Penicillin là thuốc được dùng phổ biến nhất để phòng ngừa di chứng thấp tim; cephalosporin có tỷ lệ thất bại kháng khuẩn thấp hơn đối với viêm họng do liên cầu khuẩn.
- Các macrolide thế hệ mới có hiệu quả với viêm họng do liên cầu khuẩn; tuy nhiên chúng đắt hơn và chưa được chứng minh về khả năng phòng ngừa biến chứng thấp tim.
- Các chủng GAS kháng macrolide hiện chiếm <10% tại Hoa Kỳ nhưng phổ biến hơn ở các nơi khác trên thế giới.

CÁC VẤN ĐỀ CẦN CHUYỂN TUYÊN

- Ghi nhận từng đợt xác định GAS để hỗ trợ cho nhu cầu cắt amidan và nạo VA trong tương lai.
- Cắt amidan được khuyến nghị cho bệnh nhân có từ 7 đợt nhiễm khuẩn họng trở lên (do virus hoặc vi khuẩn) trong 1 năm, từ 5 đợt trở lên mỗi năm trong 2 năm liên tiếp, hoặc từ 3 đợt trở lên mỗi năm trong 3 năm liên tiếp. Cắt amidan cũng được khuyến nghị ở những bệnh nhân khó điều trị bằng thuốc, bao gồm những người dị ứng với nhiều loại kháng sinh.

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

KHUYẾN NGHỊ THEO DÕI

- Hoàn thành đầy đủ liệu trình kháng sinh, bất kể đáp ứng triệu chứng như thế nào.
- Bệnh nhân thường không còn khả năng lây sau 24 giờ dùng kháng sinh.
- Không khuyến nghị nuôi cấy theo dõi để tìm GAS (1)[A].

CHẾ ĐỘ ĂN

Ăn theo khả năng dung nạp. Khuyến khích uống đủ nước.

TIỀN LƯỢNG

- Viêm họng do liên cầu khuẩn thường kéo dài 5–7 ngày, sốt cao nhất vào ngày thứ 2–3.
- Triệu chứng sẽ tự khỏi mà không cần điều trị, nhưng vẫn có khả năng xảy ra biến chứng thấp tim.

BIẾN CHỨNG

- Thấp tim (ví dụ: viêm cơ tim, bệnh van tim, viêm khớp)
- Viêm cầu thận sau nhiễm liên cầu khuẩn
- Áp xe quanh amidan (còn gọi là quinsy tonsillitis): được coi là chẩn đoán lâm sàng và không cần siêu âm/chụp cắt lớp vi tính. Thường cần dẫn lưu qua da/qua đường miệng. Phẫu thuật cũng có thể bao gồm cắt amidan cấp (quinsy). Hầu hết các nguồn khuyến nghị nên điều trị ổn định nhiễm trùng cấp trước khi phẫu thuật.
- Suy hô hấp cấp (hiểm gặp) thường có thể được xử trí bằng ống thông mũi hầu. Hội chẩn với bác sĩ gây mê/tai mũi họng.
- Các đợt viêm họng GAS tái phát có thể đại diện cho các đợt nhiễm virus tái phát ở người lành mang mầm bệnh GAS mạn tính ở hầu họng (1)[B]. IDSA khuyến cáo không nên lặp lại các nỗ lực chẩn đoán/điều trị kháng sinh ở người đã biết là mang mầm bệnh GAS mạn tính, vì họ hiếm khi lây nhiễm hoặc có nguy cơ biến chứng nghiêm trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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;55(10):1279–1282.
2. Fine AM, Nizet V, Mandl KD. Large-scale validation of the Centor and McIsaac scores to predict group A streptococcal pharyngitis. Arch Intern Med. 2012;172(11):847–852.
3. Sauve L, Forrester AM, Top KA. Group A streptococcal pharyngitis: a practical guide to diagnosis and treatment. Paediatr Child Health. 2021;26(5):319–320.
4. Robinson JL. Paediatrics: how to manage pharyngitis in an era of increasing antimicrobial resistance. Drugs Context. 2021;10:2020-11-6.
5. Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for sore throat. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2013(11):CD000023.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

Baugh RF, Archer SM, Mitchell RB, et al; American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation. Clinical practice guideline: tonsillectomy in children. Otolaryngol Head Neck Surg. 2011;144(1 Suppl):S1–S30.

XEM THÊM

- Herpes Simplex; Tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn (nhiễm Epstein-Barr virus); Thấp tim
- Sơ đồ (Algorithm): Viêm họng

MÃ BỆNH (CODES)

ICD10

- J31.1 Viêm mũi họng mạn tính
- A54.5 Viêm họng do lậu cầu
- B08.5 Viêm họng dạng mụn nước do enterovirus

ĐIỂM LÂM SÀNG CẦN GHI NHỚ

- Hầu hết các trường hợp viêm họng là do virus và không cần dùng kháng sinh.
- Nguy cơ liên quan đến nhiễm liên cầu khuẩn nhóm A chưa được chẩn đoán và điều trị là di chứng thấp tim — một biến chứng hiếm gặp.
- Sử dụng thang điểm Centor cải tiến giúp định hướng việc xét nghiệm và điều trị.
- Penicillin là liệu pháp bậc một được ưu tiên cho nhiễm liên cầu khuẩn nhóm A.