

TIẾP CẬN KHÓ CHỊU VÙNG HỌNG

Võ Thành Liêm

ICPC2 R21-R72

1 MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

- Có khả năng áp dụng được quy trình tiếp cận chẩn đoán một bệnh nhân đau họng, bao gồm việc phân biệt các nhóm nguyên nhân chính (virus, vi khuẩn, không nhiễm trùng), sàng lọc các dấu hiệu cảnh báo và sử dụng hợp lý thang điểm lâm sàng để ra quyết định cận lâm sàng
- Có khả năng lập kế hoạch điều trị ban đầu cho các nguyên nhân đau họng thường gặp, bao gồm việc lựa chọn phương pháp điều trị triệu chứng và biện luận cho quyết định sử dụng kháng sinh một cách hợp lý.

2 NỘI DUNG BÀI GIẢNG

2.1 Tổng quan

Đau họng (viêm họng) là một trong những triệu chứng thường gặp nhất tại phòng khám đa khoa và khoa cấp cứu. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng phổ biến nhất ở trẻ em và người lớn trẻ tuổi. Nguyên nhân thường gặp nhất là do nhiễm virus hoặc vi khuẩn.

Chẩn đoán chính xác nguyên nhân gây đau họng đóng vai trò then chốt trong việc đưa ra hướng điều trị phù hợp và ngăn ngừa các biến chứng tiềm ẩn.

Các trường hợp cần chú ý:

- Đau họng diễn tiến mạn tính hoặc tái phát nhiều lần cần được chẩn đoán phân biệt kỹ lưỡng, vì có thể là dấu hiệu của bệnh lý nghiêm trọng như nhiễm trùng sâu hoặc ung thư vùng họng.
- Cần khám cấp cứu ngay nếu đau họng đi kèm các triệu chứng đáng lo ngại như: khó thở, khó nuốt nặng, không nuốt được nước bọt, chảy nước dãi, giọng nói thay đổi (bao gồm khàn giọng), khạc ra máu, sưng hoặc có khối u ở cổ, cứng hàm, cứng cổ.

Nhiễm trùng vùng họng nếu không được điều trị có thể tiến triển thành áp-xe (ổ mủ). Thường gặp nhất là áp-xe quanh amidan. Các biến chứng nặng hơn bao gồm áp-xe cạnh hầu, áp-xe sau hầu, có nguy cơ đe dọa tính mạng nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời. Nhiễm liên cầu khuẩn tan huyết nhóm A (GAS) không điều trị có thể dẫn đến biến chứng toàn thân như sốt thấp khớp cấp hoặc viêm cầu thận cấp.

2.2 Dịch tễ học

Đau họng phổ biến ở mọi lứa tuổi, nhưng thường gặp nhất ở trẻ em và người lớn trẻ tuổi. Viêm họng do GAS đặc biệt phổ biến ở trẻ từ 5-15 tuổi và hiếm gặp ở trẻ dưới 3 tuổi. Bệnh tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm trùng (do EBV) thường gặp ở thanh thiếu niên và người trẻ.

1.1 Tác nhân gây bệnh:

- Virus là nguyên nhân phổ biến nhất (ước tính 40-80% các trường hợp), đặc biệt ở người lớn.
- Vi khuẩn chiếm khoảng 5-30% các trường hợp. Liên cầu khuẩn tan huyết nhóm A (GAS) là nguyên nhân vi khuẩn thường gặp nhất, chiếm khoảng 15-30% trường hợp đau họng ở trẻ em và 5-15% ở người lớn.

Viêm họng do vi khuẩn (GAS) thường gặp hơn vào mùa đông và đầu xuân ở vùng khí hậu ôn đới. Nhiễm Enterovirus thường gặp hơn vào mùa hè và mùa thu.

Nguy cơ tăng ở môi trường đông người (trường học, nhà trẻ, doanh trại), tiếp xúc gần với người bệnh, tiếp xúc khói thuốc lá, ô nhiễm không khí.

2.3 Cơ chế bệnh sinh và Nguyên nhân

Đau họng là kết quả của tình trạng viêm tại niêm mạc hầu họng, amidan và các cấu trúc xung quanh. Viêm có thể do nhiễm trùng hoặc các yếu tố không nhiễm trùng.

2.3.1 Nguyên nhân nhiễm trùng

2.3.1.1 Virus (Phổ biến nhất):

- Rhinovirus, Coronavirus (bao gồm SARS-CoV-2), Adenovirus, Virus cúm (Influenza A, B), Virus á cúm (Parainfluenza).
- Virus Epstein-Barr (EBV - gây bệnh tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm trùng).
- Cytomegalovirus (CMV), Herpes Simplex Virus (HSV-1), Coxsackievirus (bệnh tay-chân-miệng, viêm họng mụn nước), Virus sởi, Virus thủy đậu, Virus quai bị.
- HIV (giai đoạn cấp hoặc nhiễm trùng cơ hội sau này).

2.3.1.2 Vi khuẩn:

- Liên cầu khuẩn tan huyết nhóm A (GAS - *Streptococcus pyogenes*): Nguyên nhân vi khuẩn thường gặp nhất, đặc biệt ở trẻ 5-15 tuổi. Cần điều trị kháng sinh để tránh biến chứng (sốt thấp khớp, viêm cầu thận).
- Liên cầu khuẩn nhóm C và G.
- *Fusobacterium necrophorum*: Có thể gây biến chứng huyết khối tĩnh mạch cảnh trong (Hội chứng Lemierre), thường gặp ở thanh thiếu niên.
- *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*.
- *Neisseria gonorrhoeae* (viêm họng do lậu): Cần xem xét ở người có hành vi tình dục nguy cơ.
- *Corynebacterium diphtheriae* (bạch hầu): Hiếm gặp ở nơi có tiêm chủng tốt, gây màng giả dày, xám, dễ chảy máu ở họng – gây nghẹt đường thở, có thể gây biến chứng tim, thần kinh.
- Các vi khuẩn khác: *Arcanobacterium haemolyticum*, *Haemophilus influenzae*.

2.3.1.3 Nấm:

- *Candida albicans* (tưa miệng): Thường gặp ở trẻ nhỏ, người dùng corticosteroid dạng hít, kháng sinh kéo dài, hoặc người suy giảm miễn dịch (HIV/AIDS, đái tháo đường, hóa trị).

2.3.2 Nguyên nhân không nhiễm trùng

- Dị ứng: Phản ứng với phấn hoa, bụi nhà, nấm mốc, lông thú cưng (gây chảy dịch mũi sau, kích ứng họng).
- Chất kích ứng: Khói thuốc lá (chủ động/thụ động), ô nhiễm không khí, hóa chất, rượu, thức ăn cay nóng.
- Khô họng: Do không khí khô (máy lạnh, lò sưởi), thở bằng miệng (do nghẹt mũi mạn tính).
- Sử dụng quá sức vùng họng: La hét, nói to, nói nhiều.
- Trào ngược dạ dày - thực quản (GERD) / Trào ngược thanh quản - họng (LPR): Acid dạ dày trào lên gây viêm họng mạn tính, cảm giác vướng, khàn tiếng.
- Chấn thương: Dị vật, tổn thương do đặt nội khí quản, ăn đồ cứng/nóng.
- Khối u: Ung thư vùng họng, lưỡi, thanh quản (thường gây đau họng kéo dài, một bên, kèm khàn tiếng, khó nuốt, sụt cân, nổi hạch cổ).
- Bệnh hệ thống: Bệnh Kawasaki, hội chứng Stevens-Johnson, các bệnh viêm mạch máu.
- Thuốc: Một số thuốc có thể gây giảm bạch cầu hạt (ví dụ: carbimazole, clozapine, sulfasalazine), làm tăng nguy cơ nhiễm trùng họng.

2.4 Tiếp cận chẩn đoán từng bước

Chẩn đoán đau họng chủ yếu dựa vào khai thác bệnh sử kỹ lưỡng và thăm khám lâm sàng cẩn thận.

2.4.1 Bước 1: Khai thác bệnh sử

- Đặc điểm đau họng:
 - o Thời điểm khởi phát (đột ngột hay từ từ?). Đột ngột thường gặp trong nhiễm GAS.
 - o Thời gian kéo dài (bao lâu rồi?). Đau họng > 1-2 tuần cần tìm nguyên nhân khác ngoài nhiễm trùng cấp.
 - o Tính chất đau (đau nhiều hay ít, đau khi nuốt?).
 - o Vị trí đau (lan lên tai?).
- Các triệu chứng đi kèm:
 - o Triệu chứng gợi ý nhiễm virus: Ho, chảy mũi/sổ mũi, khàn tiếng, viêm kết mạc (mắt đỏ), loét miệng.
 - o Triệu chứng gợi ý nhiễm vi khuẩn (GAS): Sốt (thường > 38°C), văng mạt ho và chảy mũi, đau đầu, buồn nôn, nôn, đau bụng (thường ở trẻ em), phát ban dạng tinh hồng nhiệt.

- Triệu chứng toàn thân: Mệt mỏi nhiều (gợi ý EBV), đau khớp, phát ban khác.
- Triệu chứng báo động: Khó thở, thở rít, khó nuốt nặng, chảy nước dãi, khàn tiếng kéo dài, sưng cổ, cứng hàm, ho ra máu.
- Tiền sử bản thân:
 - Các đợt đau họng/viêm amidan trước đây.
 - Tiền sử nhiễm GAS, sốt thấp khớp.
 - Tiền sử dị ứng, hen suyễn, GERD, viêm xoang mạn tính.
 - Tình trạng suy giảm miễn dịch (HIV, bệnh đái tháo đường, dùng thuốc ức chế miễn dịch).
 - Tiền sử hút thuốc lá, uống rượu.
 - Tiền sử tiêm chủng (bạch hầu, Hib, cúm, COVID-19).
- Tiền sử tiếp xúc và yếu tố nguy cơ:
 - Tiếp xúc với người bị đau họng, nhiễm GAS.
 - Môi trường sống, làm việc (đông người?).
 - Tiền sử quan hệ tình dục không an toàn (ngghi ngờ lậu, giang mai).

2.4.2 Bước 2: Thăm khám lâm sàng

- Đánh giá tổng trạng: Dấu hiệu sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO2), tình trạng tri giác, dấu hiệu nhiễm độc, suy hô hấp (thở nhanh, co kéo cơ hô hấp, thở rít), dấu hiệu mất nước.
- Khám Tai Mũi Họng:
 - Khám họng: Dùng đèn soi và đè lưỡi. Quan sát:
 - Niêm mạc họng: Mức độ sung huyết (đỏ), phù nề.
 - Amidan: Kích thước (phì đại?), đối xứng hai bên?, có sung huyết, hốc mủ (chấm trắng/vàng) hay giả mạc (màng trắng/xám bao phủ)? Chú ý giả mạc màu xám, bám chặt, dễ chảy máu khi bóc (ngghi ngờ bạch hầu).
 - Thành sau họng: Sạch, có chảy dịch mũi sau, có sung huyết, có hạt lympho phì đại?
 - Lưỡi gà: Có phù nề, có bị đẩy lệch sang một bên (ngghi ngờ áp-xe quanh amidan)?
 - Vòm khẩu cái: Có chấm xuất huyết (petechiae) (gợi ý GAS, EBV)? Có loét?
 - Khám mũi: Kiểm tra nghẹt mũi, chảy mũi (dịch trong, đục, vàng, xanh?).
 - Khám tai: Kiểm tra màng nhĩ (tìm viêm tai giữa cấp, có thể đi kèm viêm họng).
- Khám cổ:
 - Sờ hạch cổ: Vị trí (dưới hàm, cổ trước, cổ sau), kích thước, số lượng, mật độ (mềm, chắc, cứng), di động, đau hay không đau? Hạch cổ trước sưng đau gợi ý GAS. Hạch cổ sau gợi ý EBV. Hạch cứng, không di động gợi ý ác tính.
 - Kiểm tra sưng nề vùng cổ, dấu hiệu cứng cổ.

- Khám các cơ quan khác (nếu cần):
 - Khám da: Tìm phát ban (ban dạng tinh hồng nhiệt, ban sởi, ban dị ứng...).
 - Nghe tim: Tìm tiếng thổi mới (ngghi ngờ sốt thấp khớp).
 - Sờ bụng: Tìm gan lách to (ngghi ngờ EBV).

2.4.3 Bước 3: Đánh giá nguy cơ và sử dụng thang điểm lâm sàng (đối với nghi ngờ GAS)

- Thang điểm Centor / McIsaac: Giúp ước tính xác suất nhiễm GAS dựa trên các triệu chứng lâm sàng.
 - Tiêu chuẩn Centor (mỗi tiêu chuẩn 1 điểm, tối đa 4 điểm):
 - Sốt ($> 38^{\circ}\text{C}$).
 - Không ho.
 - Sưng đau hạch cổ trước.
 - Amidan sưng hoặc có mủ/giả mạc.
 - Thang điểm McIsaac (điều chỉnh theo tuổi, tối đa 5 điểm): Dựa trên điểm Centor và cộng/trừ điểm theo tuổi:
 - 3-14 tuổi: +1 điểm
 - 15-44 tuổi: 0 điểm
 - ≥ 45 tuổi: -1 điểm
 - Diễn giải:
 - 0-1 điểm: Nguy cơ GAS thấp ($<10\%$). Thường không cần xét nghiệm hay kháng sinh.
 - 2-3 điểm: Nguy cơ trung bình (15-32%). Cân nhắc xét nghiệm (RADT hoặc cấy).
 - ≥ 4 điểm: Nguy cơ cao ($>50\%$). Cân nhắc xét nghiệm. Lưu ý: Điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm chỉ dựa vào điểm số không còn được khuyến cáo rộng rãi, nên dựa vào xét nghiệm.
 - Thang điểm FeverPAIN (Anh Quốc): Một thang điểm khác để dự đoán nhiễm liên cầu khuẩn.
- Lưu ý: Các thang điểm này hữu ích nhưng không thay thế hoàn toàn việc thăm khám đánh giá lâm sàng. Độ chính xác có thể thay đổi tùy quần thể bệnh nhân (ví dụ: ít giá trị hơn ở trẻ < 3 tuổi hoặc người lớn tuổi).

2.5 Xét nghiệm cận lâm sàng

Việc chỉ định xét nghiệm phụ thuộc vào đánh giá lâm sàng và mức độ nghi ngờ nguyên nhân cụ thể.

2.5.1 Xét nghiệm tìm Liên cầu khuẩn nhóm A (GAS):

- Xét nghiệm kháng nguyên nhanh (Rapid Antigen Detection Test - RADT): Cho kết quả nhanh (vài phút). Độ đặc hiệu cao ($>95\%$) nhưng độ nhạy thay đổi (70-90%). Kết quả dương tính đáng tin cậy. Kết quả âm tính nên được xác nhận

bằng nuôi cấy ở trẻ em và thanh thiếu niên (nơi nguy cơ sốt thấp khớp cao hơn), nhưng thường không cần thiết ở người lớn nếu nghi ngờ lâm sàng thấp.

- Nuôi cấy dịch họng: Là "tiêu chuẩn vàng". Độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Cần 24-48 giờ để có kết quả. Nên thực hiện khi RADT âm tính ở trẻ em/thanh thiếu niên có nghi ngờ lâm sàng cao, hoặc khi nghi ngờ các vi khuẩn khác ngoài GAS.
- Xét nghiệm khuếch đại acid nucleic (NAAT): Độ nhạy và đặc hiệu tương đương hoặc cao hơn nuôi cấy, cho kết quả nhanh hơn (vài giờ hoặc tại chỗ). Ngày càng được sử dụng nhiều.

2.5.2 Xét nghiệm máu:

- Công thức máu (CBC): Có thể thấy bạch cầu tăng cao trong nhiễm khuẩn. Tăng bạch cầu lympho không điển hình gợi ý bệnh tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm trùng (EBV). Giảm bạch cầu hạt nếu nghi ngờ do thuốc.
- Tốc độ máu lắng (ESR), C-reactive protein (CRP): Chỉ số viêm không đặc hiệu, tăng trong nhiễm trùng, viêm.
- Xét nghiệm tìm kháng thể EBV (Monospot test hoặc huyết thanh học EBV IgM, IgG): Khi nghi ngờ bệnh tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm trùng. Monospot có thể âm tính giả trong tuần đầu.
- Xét nghiệm HIV: Nếu có yếu tố nguy cơ hoặc biểu hiện lâm sàng gợi ý.

2.5.3 Phương pháp khác:

- X-quang cổ nghiêng: Khi nghi ngờ áp-xe sau họng hoặc viêm nắp thanh môn (hiện ít dùng hơn nội soi).
- CT scan hoặc MRI vùng cổ có cản quang: Khi nghi ngờ nhiễm trùng sâu ở cổ (áp-xe quanh amidan phức tạp, áp-xe cạnh hầu, sau họng) hoặc nghi ngờ khối u.
- Nội soi Tai Mũi Họng: Thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa khi nghi ngờ viêm nắp thanh môn, dị vật, khối u, hoặc đánh giá đau họng mạn tính không rõ nguyên nhân.
- Sinh thiết: Khi có tổn thương loét kéo dài hoặc khối u nghi ngờ ác tính ở họng.

2.6 Chẩn đoán phân biệt

Dựa trên bệnh sử và thăm khám, cần xem xét các chẩn đoán phân biệt sau:

- Viêm họng cấp do virus: Phổ biến nhất. Thường kèm ho, sổ mũi, khàn tiếng. Tự giới hạn.
- Viêm họng cấp do GAS: Khởi phát đột ngột, sốt cao, nuốt đau, không ho, amidan sưng có mủ, hạch cổ trước đau. Cần xác định để điều trị kháng sinh.
- Bệnh tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm trùng (EBV): Đau họng dữ dội, mệt mỏi nhiều, sốt kéo dài, giả mạc lan tỏa ở amidan, hạch cổ sau to, có thể có gan lách to.
- Viêm họng do các vi khuẩn khác: Fusobacterium, lậu cầu, bạch hầu... (ít gặp hơn).

- Áp-xe quanh amidan: Đau họng dữ dội (thường một bên), khó nuốt, khó mở miệng (cứng hàm), giọng nói thay đổi, lưỡi gà bị đẩy lệch. Cần dẫn lưu mủ.
- Viêm nắp thanh môn: Hiếm gặp nhưng nguy hiểm. Khởi phát nhanh, sốt cao, đau họng dữ dội, khó nuốt, chảy nước dãi, khó thở, thở rít. Cần xử trí cấp cứu đảm bảo đường thở.
- Áp-xe sau họng / Áp-xe cạnh hầu: Nhiễm trùng sâu vùng cổ, sốt cao, đau cổ, cứng cổ, khó nuốt, khó thở. Cần chẩn đoán hình ảnh và can thiệp ngoại khoa.
- Viêm họng do nguyên nhân không nhiễm trùng: Dị ứng, trào ngược, kích ứng, khô họng (thường mạn tính hoặc tái phát).
- Dị vật đường ăn: Gây đau họng đột ngột sau ăn, nuốt vướng.
- Ung thư vùng họng/thanh quản: Đau họng kéo dài (thường một bên), dai dẳng, kèm khàn tiếng, khó nuốt, sụt cân, nổi hạch cổ.
- Các nguyên nhân đặc hiệu khác: Lao họng, giang mai, nấm Candida, bệnh hệ thống.

2.7 Cách điều trị một số nguyên nhân thường gặp

2.7.1 Viêm họng do virus

- Không dùng kháng sinh.
- Điều trị triệu chứng là chủ yếu:
 - o Nghỉ ngơi.
 - o Uống nhiều nước ấm.
 - o Giảm đau, hạ sốt: Paracetamol hoặc Ibuprofen.
 - o Giảm đau tại chỗ: Viên ngậm chứa thuốc tê (benzocaine, lidocaine), thuốc xịt họng, súc miệng bằng nước muối ấm (nửa thìa cà phê muối trong 1 cốc nước ấm).
 - o Tránh các chất kích ứng (khói thuốc, rượu bia).

2.7.2 Viêm họng do Liên cầu khuẩn nhóm A (GAS)

- Mục tiêu: Giảm triệu chứng, rút ngắn thời gian bệnh, ngăn ngừa lây lan và quan trọng nhất là phòng ngừa biến chứng (sốt thấp khớp cấp, viêm cầu thận cấp, áp-xe).
- Kháng sinh là bắt buộc:
 - o Lựa chọn hàng đầu: Penicillin V uống hoặc Amoxicillin uống (thường dùng hơn vì mùi vị dễ chịu, uống ít lần hơn). Benzathine Penicillin G tiêm bắp một liều duy nhất (dùng khi bệnh nhân khó tuân thủ điều trị uống).
 - o Nếu dị ứng Penicillin: nếu có phản ứng không nặng (phát ban): Cephalosporin thế hệ 1 (Cephalexin, Cefadroxil) ; nếu có phản ứng nặng (phản vệ): Clindamycin hoặc Macrolide (Azithromycin, Clarithromycin)
 - o Thời gian điều trị: Thường là 10 ngày (trừ Azithromycin thường dùng 5 ngày). Cần uống đủ liệu trình ngay cả khi hết triệu chứng sớm.

- Điều trị hỗ trợ: Tương tự viêm họng do virus (nghỉ ngơi, bù dịch, giảm đau, hạ sốt).
- Cách ly: Bệnh nhân nên ở nhà, không đi học/đi làm cho đến khi uống kháng sinh được ít nhất 12-24 giờ và hết sốt.

2.7.3 Bệnh tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm trùng (EBV)

- Chủ yếu điều trị triệu chứng: Nghỉ ngơi, bù dịch, giảm đau, hạ sốt (Paracetamol, Ibuprofen).
- Tránh dùng Ampicillin hoặc Amoxicillin: Có thể gây phát ban dạng sởi lan tỏa (không phải dị ứng).
- Corticosteroid (Prednisone): Cân nhắc sử dụng trong trường hợp amidan sưng to gây tắc nghẽn đường thở đáng kể, hoặc có biến chứng huyết học, thần kinh nặng (chỉ định bởi bác sĩ).
- Tránh hoạt động thể lực gắng sức: Đặc biệt là các môn thể thao đối kháng trong ít nhất 3-4 tuần do nguy cơ vỡ lách (ngay cả khi không sờ thấy lách to trên lâm sàng).

2.7.4 Viêm họng do trào ngược (GERD/LPR)

- Điều trị bệnh trào ngược: Thuốc kháng acid, thuốc ức chế bơm proton (PPI), thay đổi lối sống (nâng cao đầu giường, tránh ăn khuya, giảm cân, tránh thức ăn/đồ uống kích thích).

2.7.5 Viêm họng do dị ứng

- Tránh tiếp xúc dị nguyên.
- Thuốc kháng histamine, thuốc xịt mũi corticosteroid, rửa mũi bằng nước muối sinh lý.

3 TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 5643/QĐ-BYT tài liệu chuyên môn “hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng”

Kiến Thức Cơ Bản TAI MŨI HỌNG, Ấn bản lần 6, Biên tập bởi Harold Luman và Patrick J. Bradley -2013 Johny Wiley Sons, Ltd. SDmedia và CIPPS phát hành năm 2014.

Pharyngitis | AAFP - American Academy of Family Physicians, <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2004/0315/p1465.html>

Acute pharyngitis - Symptoms, diagnosis and treatment | BMJ Best Practice US, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/5>

Bacterial Pharyngitis - StatPearls - NCBI Bookshelf, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559007/>

Sore Throat Basics - CDC, <https://www.cdc.gov/sore-throat/about/index.html>

4 CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Câu 1: Nguyên nhân gây đau họng cấp phổ biến nhất ở người lớn là gì?

- A) Liên cầu khuẩn tan huyết nhóm A (GAS)
- B) Virus Epstein-Barr (EBV)
- C) Virus (ví dụ: Rhinovirus, Coronavirus, Influenza)
- D) Nấm Candida

Câu 2: Đặc điểm nào sau đây KHÔNG phải là một tiêu chuẩn trong thang điểm Centor để đánh giá nguy cơ viêm họng do GAS?

- A) Sốt > 38°C
- B) Ho
- C) Sưng đau hạch cổ trước
- D) Amidan sưng hoặc có mũ/giả mạc

Câu 3: Một thanh niên 18 tuổi đến khám vì đau họng dữ dội, mệt mỏi nhiều, sốt 5 ngày, khám thấy amidan 2 bên sưng to phủ giả mạc trắng dày, hạch cổ sau sưng đau. Chẩn đoán nghi ngờ nhiều nhất là gì?

- A) Viêm họng do GAS
- B) Bệnh tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm trùng (EBV)
- C) Viêm họng do nấm Candida
- D) Áp-xe quanh amidan

Câu 4: Dấu hiệu nào sau đây được xem là "cờ đỏ" ở bệnh nhân đau họng, cần được thăm khám và xử trí cấp cứu?

- A) Ho khan
- B) Sổ mũi trong
- C) Khó thở hoặc thở rít
- D) Đau đầu nhẹ

Câu 5: Điều trị lựa chọn hàng đầu cho viêm họng do GAS ở bệnh nhân không dị ứng Penicillin là gì?

- A) Paracetamol
- B) Azithromycin
- C) Amoxicillin hoặc Penicillin V
- D) Corticosteroid

Đáp án: 1.C, 2.B (Không ho mới là 1 tiêu chuẩn), 3.B, 4.C, 5.C

