

پروتکل بالینی درمان فارتیت حاد

پاییز ۱۴۰۵

کمیته تخصصی تنظیم و تدوین :

- دکتر آریتنا نبی زاده
- دکتر محمدرضا صالحی
- دکتر زهرا جهانگرد
- دکتر حسین خلیلی
- دکتر پیام طبرسی
- دکتر حسام جهانزاده
- دکتر کیهان محمدی
- دکتر مریم شفاعتی
- دکتر حمید عمادی کوچک
- دکتر آرش سیفی
- دکتر عبدالله کریمی
- دکتر جعفر سلطانی
- دکتر پوریا لونی
- دکتر ندا خوز

با همکاری:

- انجمن علمی و بورده تخصصی عفونی (اطفال و بزرگسالان) و گوش، گلو و بینی

تحت نظر :

- دکتر سید سجاد رضوی عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و معاون درمان وزارت بهداشت ،
درمان و آموزش پزشکی

تحت نظارت فنی:

گروه تدوین استاندارد و راهنمای بالینی
دفتر ارزیابی فن آوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت

الف) مقدمه:

فارنژیت حاد یکی از شایع‌ترین علل مراجعه بیماران، به‌ویژه کودکان و نوجوانان، به مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت است. گلودرد ناشی از فارنژیت در اغلب موارد (بیش از ۸۰ درصد موارد) با منشأ ویروسی بوده و بدون نیاز به درمان آنتی‌بیوتیکی بهبود می‌یابد. با این حال، فارنژیت ناشی از استرپتوکوک گروه A (Group A Streptococcus; GAS) مهم‌ترین علت باکتریایی قابل درمان محسوب می‌شود. در فارنژیت ناشی از GAS، درمان آنتی‌بیوتیکی اگرچه تأثیر محدودی بر کاهش طول مدت علائم دارد (کاهش درد گلو حدود یک روز)، اما در شرایط خاص، به‌ویژه در مناطق با شیوع بالای تب روماتیسمی، نقش مهمی در کاهش بروز عوارضی مانند تب روماتیسمی حاد، بیماری قلبی روماتیسمی، گلو مریولونفریت حاد و نیز عوارض چرکی دارد.

فارنژیت یکی از شایع‌ترین سندرم‌های مرتبط با تجویز غیرضروری آنتی‌بیوتیک‌ها در مراقبت‌های اولیه است. تجویز نامناسب آنتی‌بیوتیک‌ها علاوه بر افزایش هزینه‌های درمانی، موجب افزایش فشار انتخابی و گسترش مقاومت میکروبی می‌شود. بنابراین، تشخیص صحیح موارد نیازمند درمان آنتی‌بیوتیکی و انتخاب داروی مناسب با طیف اثر محدود، نقش مهمی در برنامه‌های مدیریت مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها (Antimicrobial Stewardship) دارد. طبقه‌بندی AwaRe (Access, Watch, Reserve) سازمان جهانی بهداشت، به‌عنوان ابزاری برای هدایت مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها، توصیه می‌کند که در درمان عفونت‌های شایع از جمله فارنژیت استرپتوکوکی، تا حد امکان از آنتی‌بیوتیک‌های گروه Access استفاده شود. این پروتکل بالینی سعی می‌کند با تکیه بر نگاه تجویز منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها اصول منطبق با اقتصاد سلامت را مد نظر قرار دهد.

طبقه‌بندی AwaRe (Access, Watch and Reserve)

AwaRe (Access, Watch, Reserve) یک چارچوب و طبقه‌بندی جهانی برای آنتی‌بیوتیک‌ها است که توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) طراحی شده و نخستین بار در سال ۲۰۱۷ در «فهرست مدل داروهای ضروری» معرفی شد. این برنامه با هدف بهینه‌سازی مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها، کاهش مقاومت میکروبی و ارتقای تجویز منطقی داروها طراحی شده است. در این طبقه‌بندی، آنتی‌بیوتیک‌ها به سه گروه تقسیم می‌شوند:

گروه Access (دسترسی): شامل آنتی‌بیوتیک‌هایی با طیف اثر محدود و عوارض جانبی کم هستند. این داروها معمولاً برای درمان‌های اولیه و شایع توصیه می‌شوند و از ایمنی مناسبی برخوردارند.

گروه Watch (مراقبت): آنتی‌بیوتیک‌هایی با طیف اثر گسترده‌تر هستند که برای درمان عفونت‌های شدیدتر یا مواردی که احتمال مقاومت میکروبی به آنتی‌بیوتیک‌های گروه Access وجود دارد، به عنوان گزینه‌های انتخاب اول توصیه می‌شوند.

گروه Reserve (ذخیره): آنتی‌بیوتیک‌هایی هستند که به عنوان گزینه‌های نهایی برای درمان عفونت‌های مقاوم به چند دارو استفاده می‌شوند.

این طبقه‌بندی در قالب یک ابزار عملیاتی در دسترس سیاست‌گذاران، پزشکان و داروسازان قرار گرفته و به عنوان بخشی از راهبرد جهانی مقابله با مقاومت آنتی‌بیوتیکی استفاده می‌شود. هدف اصلی آن این است که کشورها بتوانند مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها را پایش و مدیریت کنند و به هدف WHO یعنی مصرف حداقل ۶۰٪ از گروه Access در سطح ملی دست یابند.

ب) تعریف بیماری:

فارنژیت به التهاب ناحیه حلق (Pharynx) اطلاق می‌شود که اغلب به‌صورت حاد و در پاسخ به عوامل عفونی بروز می‌کند. شایع‌ترین عوامل ایجادکننده آن ویروس‌ها و باکتری‌ها هستند؛ در این میان، استرپتوکوک‌های گروه A یا GAS مهم‌ترین عامل باکتریایی محسوب

می‌شود. تظاهر اصلی فارنژیت، گلودرد است و ممکن است با تب، بلع دردناک، قرمزی حلق، لنفادنوپاتی گردنی و ترشحات چرکی حلق (اگزودا) همراه باشد. افتراق بین علل ویروسی و باکتریایی برای انتخاب درمان مناسب اهمیت بالینی دارد. فارنژیت یکی از شایع‌ترین علل مراجعه بیمار، به‌ویژه کودکان و نوجوانان، به مراکز درمانی است. اهمیت بالینی بیماری در موارد باکتریایی به‌ویژه استرپتوکوکی نهفته است، چرا که در صورت عدم تشخیص و درمان صحیح، ممکن است منجر به عوارضی مانند تب روماتیسمی و گلومرولونفریت شود. همچنین افتراق بین علل ویروسی و باکتریایی برای پیشگیری از مصرف بی‌رویه آنتی‌بیوتیک‌ها اهمیت دارد.

نکات مهم:

- برای بیشتر موارد فارنژیت نیازی به مصرف آنتی‌بیوتیک نیست و ماهیت ویروسی دارند و خود به خود بهبود می‌یابند.
- فارنژیت یا گلودرد یک وضعیت بسیار شایع است و یکی از دلایل اصلی مصرف بیش‌ازحد آنتی‌بیوتیک‌ها در مراقبت‌های اولیه سلامت به شمار می‌رود.
- نشان داده شده است در بهبود علائم فارنژیت باکتریایی، درمان با آنتی‌بیوتیک تنها باعث کاهش درد گلو به مدت حدود یک روز می‌شود.
- مواردی که توسط *Streptococcus pyogenes* (استرپتوکوک گروه A) ایجاد می‌شوند، می‌توانند در موارد بسیار نادر (۰٫۳ تا ۳٪) با عوارضی مانند تب روماتیسمی، بیماری قلبی روماتیسمی و گلومرولونفریت حاد همراه باشند.
- مورد اصلی که استفاده از آنتی‌بیوتیک برای درمان فارنژیت به‌طور واضح توصیه می‌شود، کاهش احتمال بروز تب روماتیسمی در مناطق بومی (اندمیک) است.

ج) علایم و نشانه‌ها:

تظاهرات بالینی فارنژیت حاد بسته به عامل ایجادکننده متفاوت است.

- گلودرد
- درد هنگام بلع (Odynophagia)
- قرمزی حلق
- تب
- التهاب لوزه‌ها
- اگزودای حلقی یا لوزه‌ای
- حساسیت و بزرگ شدن غدد لنفاوی گردنی

افتراق بالینی:

- **ویروسی:** معمولاً با عفونت ویروسی دستگاه تنفسی فوقانی (URTI) علائم یکسانی دارند که می‌توانند همراه با سرفه، سردرد و میالژی باشد.
- **باکتریایی:** معمولاً با علائم شدیدتر، تب بالای ۳۸ درجه سانتی‌گراد، حساسیت به تماس در غدد لنفاوی گردنی و اگزوداهای حلقی مراجعه می‌کنند.

علائم کمک کننده به افتراق بین فارنژیت ویروسی و باکتریایی	
عفونت ناشی از استرپتوکوک گروه A	ویروسی
شروع ناگهانی گلو درد	کوئزوکتیویت
سن ۵-۱۵ سال	سرفه
تب	اسهال
سر درد	گرفتگی و خشونت صدا
تهوع، استفراغ، درد شکمی	Enanthem ویروسی
التهاب لوزه ای - حلقی	رینوره
غدد لنفاوی گردنی دردناک در لمس	-
وقوع در زمستان یا ابتدای بهار	-
سابقه فارنژیت استرپتوکوکی	-

سیستم امتیازدهی بالینی Centor/McIsaac

جهت افتراق بین فارنژیت باکتریایی و ویروسی می توان از سیستم امتیاز دهی Centor استفاده کرد. البته لازم به ذکر است حتی در مواردی که این امتیاز ۴ می باشد، احتمال عفونت فارنژیت ناشی از استرپتوکوک های گروه A، ۵۰ درصد می باشد.

معیار	امتیاز
تب بالای ۳۸ درجه سانتی گراد	۱
نبود سرفه	۱
لنفادنیت قدامی گردنی و حساس به لمس	۱
اگزودای ته حلق	۱
سن ۳-۱۴ سال	۱
سن ۱۵-۴۴ سال	۰
سن بالای ۴۵ سال	-۱

علائم بالینی (هر کدام ۱ امتیاز):

امتیاز ۱-۰: فارنژیت ناشی از GAS بعید است و فقط درمان علامتی و حمایتی باید انجام شود.

امتیاز ۲-۳: توصیه به انجام کشت گلو و یا در صورت دسترسی انجام تست سریع و در صورت مثبت شدن درمان صورت گیرد.

امتیاز ۴-۳: بدون اقدام تشخیصی، درمان آنتی بیوتیک انجام شود.

(د) علل بروز بیماری:

۱. **عوامل ویروسی (شایع‌ترین علت):** بیش از ۸۰ درصد موارد فارنژیت حاد منشأ ویروسی دارند که اکثراً با علائم تنفسی و سرماخوردگی همراه هستند. در موارد نادر ویروس اپشتاین-بار EBV می‌تواند باعث فارنژیت شود. در افراد جوان با گلودرد طول کشیده باید به این ویروس توجه شود.

مهم‌ترین ویروس‌های ایجادکننده عبارتند از:

- راینوویروس‌ها (Rhinovirus)
- آدنوویروس‌ها (Adenovirus)
- ویروس آنفلوانزا و پاراآنفلوانزا
- کروناویروس‌ها
- ویروس Epstein-Barr (EBV) به‌ویژه در افراد جوان با گلودرد طول کشیده

۲. عوامل باکتریایی:

مهم‌ترین عوامل باکتریایی شامل:

- *Streptococcus pyogenes* (Group A Streptococcus; GAS)

شایع‌ترین علت باکتریایی قابل درمان

حدود ۵ تا ۱۰ درصد موارد فارنژیت در بزرگسالان

شیوع بیشتر در کودکان سن مدرسه

- استرپتوکوک گروه C و G

- آرکانوباکتریوم همولیتیکوم

۳. سایر عوامل عفونی:

- عفونت حاد HIV

- عفونت‌های منتقله از راه تماس جنسی مانند: سوزاک حلقی (Pharyngeal gonorrhea) و سیفلیس

۴. عوامل غیر عفونی (کمتر شایع):

- آلرژی‌ها
- آلودگی هوا و تحریکات محیطی
- مصرف سیگار و مواد دخانی

(ه) برخورد با بیماران مبتلا به این بیماری (در صورت نیاز):

رویکرد اولیه در تمام بیماران باید شامل:

۱. ارزیابی احتمال عفونت GAS بر اساس علائم بالینی و سیستم امتیازدهی Centor/McIsaac
۲. عدم تجویز آنتی‌بیوتیک در موارد با احتمال پایین عفونت استرپتوکوکی و ارائه درمان علامتی شامل کنترل درد و تب.
۳. انجام تست تشخیصی (Rapid Antigen Detection Test) یا کشت حلق/در صورت در دسترس بودن) در بیماران با احتمال متوسط مبتلا به GAS.
۴. شروع درمان آنتی‌بیوتیکی در موارد تأیید شده GAS، موارد با احتمال بالا عفونت استرپتوکوکی براساس سیستم امتیازدهی یا مواردی که بر اساس شرایط اپیدمیولوژیک و بالینی نیاز به درمان دارند.
۵. انتخاب آنتی‌بیوتیک باید بر اساس اصول مدیریت مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها باشد:
خط اول درمان: پنی‌سیلین یا آموکسی‌سیلین (گروه Access)

استفاده از داروهای گروه Watch فقط در موارد اندیکاسیون دار مانند حساسیت به پنی‌سیلین یا شرایط خاص توصیه میشود.
 ۶. در اطفال و بزرگسالان، انتخاب دارو و دوز باید بر اساس سن، وزن، سابقه حساسیت دارویی و شرایط بالینی بیمار انجام شود.

(و) درمان:

هدف از درمان فارنژیت حاد باکتریال عبارت است از:

- کاهش شدت و مدت علائم بیماری
- جلوگیری از انتقال عفونت به افراد دیگر
- پیشگیری از عوارض حاد چرکی (اوتیت- آبه تانسیلار) و تاخیری غیرچرکی (بخصوص تب روماتیسمی حاد) ناشی از عفونت *Streptococcus pyogenes* (Group A Streptococcus; GAS)
- کاهش مصرف غیرضروری آنتی‌بیوتیک‌ها و رعایت اصول مدیریت مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها (Antimicrobial Stewardship)

با توجه به اینکه بیشتر موارد فارنژیت (بویژه در بالغین) منشأ ویروسی دارند، در اکثر بیماران تجویز آنتی‌بیوتیک توصیه نمی‌شود و درمان حمایتی و علامتی کفایت می‌کند. درمان آنتی‌بیوتیکی تنها در موارد با احتمال بالا یا تأیید شده فارنژیت ناشی از GAS توصیه می‌شود.

درمانی علامتی در بزرگسالان:

- استامینوفن با دوز ۱۰۰۰-۳۲۵ میلی گرم هر ۶-۴ ساعت (حداکثر دوز روزانه = ۴ گرم) / در صورت نارسایی کبدی یا سیروز بیشتر از ۲ گرم روزانه تجویز نشود.
 - ایبوپروفن با دوز ۴۰۰-۲۰۰ میلی گرم هر ۸-۶ ساعت (حداکثر دوز روزانه = ۲/۴ گرم)
- لازم به ذکر است داروهای دسته NSAIDs مثل ایبوپروفن نسبت به استامینوفن موثر تر می باشند اما بهتر است انتخاب دارو و دوز مناسب بر اساس شرایط زمینه ای بیمار و داروهای مصرفی همزمان صورت گیرد.

درمان علامتی در اطفال:

ایبوپروفن	استامینوفن
۶-۱۰ کیلوگرم: ۵۰ میلی گرم هر ۸ ساعت	۳-۶ کیلوگرم: ۶۰ میلی گرم هر ۶ ساعت
۱۰-۱۵ کیلوگرم: ۱۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت	۶-۱۰ کیلوگرم: ۱۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت
۱۵-۲۰ کیلوگرم: ۱۵۰ میلی گرم هر ۸ ساعت	۱۰-۱۵ کیلوگرم: ۱۵۰ میلی گرم هر ۶ ساعت
۲۰-۳۰ کیلوگرم: ۲۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت	۱۵-۲۰ کیلوگرم: ۲۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت
بالتر از ۳۰ کیلوگرم: ۲۰۰-۴۰۰ میلی گرم هر ۶-۴ ساعت ماکسیمم ۲۴۰۰ میلی گرم در روز	۲۰-۳۰ کیلوگرم: ۳۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت
-	بالای ۳۰ کیلوگرم: ۱-۵، ۰ گرم هر ۶-۴ ساعت ماکسیمم ۴ گرم در روز و در صورت نارسایی یا سیروز کبدی ۲ گرم در روز

درمان آنتی بیوتیکی:

- ✓ **پنی سیلین تزریقی (جدول درمان)** درمان انتخابی برای فارنژیت ناشی از GAS است، چرا که از نظر اثربخشی، ایمنی، طیف اثر محدود و هزینه‌ی پایین، مزایای قابل توجهی دارد.
- ✓ پنی سیلین تنها آنتی بیوتیکی است که اثر آن در کاهش بروز تب روماتیسمی حاد مورد مطالعه قرار گرفته و اثبات شده است.

(ن) فارماکوتراپی:

درمان دارویی فارنژیت حاد بر اساس عامل ایجادکننده، شدت علائم، احتمال عفونت با *Streptococcus pyogenes* (Group A Streptococcus; GAS)، سن بیمار، سابقه حساسیت دارویی و شرایط بالینی بیمار انتخاب می‌شود. در موارد تأیید شده یا با احتمال بالای فارنژیت ناشی از GAS، درمان آنتی بیوتیکی با هدف کاهش انتقال بیماری، کاهش طول مدت علائم و پیشگیری از عوارض (به ویژه تب روماتیسمی حاد در مناطق اندمیک) انجام می‌شود.

دوز آنتی بیوتیک های مورد استفاده در فارنژیت بزرگسالان:

دسته دارویی	دارو و دوز مصرف	طول درمان	طبقه بندی AWaRe
پنی سیلین ها (ارج)	پنی سیلین جی بنزاتین: ۱,۲ میلیون واحد به صورت عضلانی	تک دوز	Access
	آموکسی سیلین: ۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز	۵-۱۰ روز	Access
	پنی سیلین وی: ۵۰۰ میلی گرم ۲-۳ بار در روز	۵-۱۰ روز	Access
سفالوسپورین ها (در موارد واکنش های خفیف به پنی سیلین ها)	سفالکسین: ۵۰۰ میلی گرم سه بار در روز	۵-۱۰ روز	Access
	سفوروکسیم: ۲۵۰ میلی گرم دو بار در روز		Watch
ماکرو لید ها (قابل استفاده در بیماران با احتمال رخداد واکنش های شدید حساسیتی به پنی سیلین)	آزیترومایسین: ۵۰۰ میلی گرم روزانه	۳ روز	Watch
	کلاریترومایسین: ۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز	۵-۱۰ روز	Watch
لینکوز آمیدها آلترناتیو در موارد مقاومت به ماکرو لیدها و مواردی که پنی سیلین و سفالوسپورین تحمل نمی شوند	کلیندامایسین: ۳۰۰ میلی گرم سه بار در روز	۱۰ روز	Watch

دوزینگ آنتی بیوتیک های مورد استفاده در فارنژیت اطفال:

دارو و راه تجویز	دوز	طول درمان	طبقه بندی AWaRe
پنی سیلین G بنزاتین، عضلانی	وزن کمتر از ۲۷ کیلو: ۶۰۰۰۰۰ واحد وزن بالای ۲۷ کیلو: ۱۲۰۰۰۰۰ واحد	تک دوز	Access
آموکسی سیلین، خوراکی	50 mg/kg/day دو بار در روز (ماکسیمم = ۱۰۰۰ mg)	۵-۱۰ روز	Access
پنی سیلین وی، خوراکی	وزن کمتر از ۲۷ کیلوگرم ۲۵۰ میلی گرم دو تا سه بار در روز وزن بالای ۲۷ کیلوگرم ۵۰۰ میلی گرم دو تا سه بار در روز	۵-۱۰ روز	Access
سفالکسین	20 mg/kg/dose دو بار در روز (ماکسیمم ۵۰۰ میلی گرم به ازای هر دوز)	۵ روز	Access
کلیندامایسین	۲۰ mg/dose روزانه در سه دوز منقسم حد اکثر ۳۰۰ میلی گرم در هر دوز	۵-۱۰ روز	Watch
آزیترومایسین	12 mg/kg یکبار در روز (ماکسیمم ۵۰۰ میلی گرم به ازای هر دوز)	۷-۵ روز	Watch
کلاریترومایسین	7.5 mg/kg/dose دو بار در روز (ماکسیمم ۲۵۰ میلی گرم به ازای هر دوز)	۱۰ روز	Watch

ج) تداخل دارویی (در صورت وجود):

در درمان فارنژیت، تداخلات دارویی مهم معمولاً محدود بوده، اما در انتخاب و تجویز دارو باید به موارد زیر توجه شود:

۱. پنی سیلین ها (پنی سیلین وی، آموکسی سیلین)

- وارفارین: ممکن است اثر ضدانعقادی افزایش یابد؛ در مصرف همزمان، پایش INR توصیه می شود.
- متوترکسات: کاهش دفع متوترکسات و افزایش خطر سمیت ممکن است رخ دهد.
- آلپورینول: افزایش احتمال بروز بثورات پوستی با آموکسی سیلین گزارش شده است.

۲. ماکرولیدها (آزیترومایسین، کلاریترومایسین)

- داروهای طولانی کننده QT: افزایش خطر آریتمی قلبی (خصوصاً با کلاریترومایسین)
- وارفارین: احتمال افزایش اثر ضدانعقادی
- استاتین ها (به ویژه سیمواستاتین): افزایش خطر میوپاتی با کلاریترومایسین

- داروهای متابولیزه‌شونده توسط CYP3A4: به‌خصوص با کلاریترومایسین

۳. کلیندامایسین

- افزایش خطر کولیت ناشی از *Clostridioides difficile*
- در مصرف همزمان با داروهای مهارکننده حرکات روده باید احتیاط شود.

۴. ایبوپروفن و سایر NSAIDs

- همراهی با داروهای ضدانعقاد یا ضدپلاکت‌ها: افزایش خطر خونریزی
- همراهی با داروهای نفروتوکسیک یا در بیماران با بیماری کلیوی: افزایش خطر آسیب کلیوی
- در بیماران با سابقه زخم گوارشی یا خونریزی گوارشی باید با احتیاط مصرف شود.

ط) اندیکاسیون‌های بستری (در صورت نیاز):

فارنژیت حاد در اغلب موارد به‌صورت سرپایی درمان می‌شود و معمولاً نیازی به بستری ندارد. با این حال، بستری بیمار در موارد بروز عوارض موضعی یا چرکی مانند آبسه پری‌تونسیلار، آبسه خلف حلق، سلولیت عمقی گردن یا وجود انسداد یا تهدید راه هوایی، همچنین در بیماران با علائم سیستمیک شدید از جمله سپسیس یا شک به عفونت سیستمیک، تب پایدار و شدید، یا کاهش سطح هوشیاری و وضعیت عمومی نامناسب توصیه می‌شود.

علاوه بر این، بیمارانی که به دلیل درد شدید یا اختلال بلع قادر به مصرف مایعات و داروهای خوراکی نیستند، دچار دهیدراتاسیون قابل‌توجه یا استفراغ مداوم هستند، ممکن است نیاز به بستری داشته باشند. بستری همچنین در بیماران پرخطر مانند افراد مبتلا به نقص ایمنی، بیماران دارای بیماری‌های زمینه‌ای شدید، و نوزادان یا کودکانی که علائم شدید داشته و نیازمند پایش دقیق هستند، باید مدنظر قرار گیرد. همچنین در صورتی که بیمار پس از ۴۸ تا ۷۲ ساعت درمان مناسب بهبود بالینی نداشته باشد، لازم است ضمن بررسی مجدد بیمار از نظر تشخیص‌های افتراقی یا جایگزین و احتمال بروز عوارض بیماری، در صورت نیاز بستری و اقدامات تشخیصی و درمانی تکمیلی انجام شود.

ی) پیگیری‌های لازم پس از درمان:

در بیماران مبتلا به فارنژیت استرپتوکوکی، انتظار می‌رود تب ظرف ۲۴ ساعت قطع شود و سایر علائم طی ۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از شروع درمان آنتی‌بیوتیکی بهبود یابد. در صورت تداوم یا تشدید علائم، بروز تب پایدار، اختلال در بلع، تنگی نفس، تورم گردن یا سایر علائم هشدار، بیمار باید مجدداً از نظر عدم پاسخ به درمان، عوارض موضعی و یا تشخیص‌های جایگزین ارزیابی شود. انجام کشت مجدد گلو پس از پایان درمان به‌طور روتین توصیه نمی‌شود، مگر در شرایط خاص مانند سابقه تب روماتیسمی، عود مکرر بیماری یا تداوم علائم.

ک) توصیه‌های ضروری به بیمار:

داروها را مطابق دستور پزشک و تا پایان دوره درمان مصرف کنید، حتی اگر علائم زودتر بهبود یابد. از مصرف خودسرانه یا قطع زودهنگام آنتی‌بیوتیک خودداری کنید. استراحت کافی، مصرف مایعات و استفاده از داروهای تب‌بر و مسکن در صورت نیاز توصیه می‌شود. برای کاهش انتقال بیماری، رعایت بهداشت دست، پوشاندن دهان و بینی هنگام سرفه یا عطسه و پرهیز از تماس نزدیک با دیگران تا حداقل ۲۴ ساعت پس از شروع آنتی‌بیوتیک توصیه می‌شود. در صورت بروز تنگی نفس، ناتوانی در بلع، تورم گردن، بثورات پوستی یا عدم بهبود علائم، مراجعه مجدد به پزشک ضروری است.

م) نکات مهم:

- بیش از ۸۰ درصد موارد فارنژیت حاد منشأ ویروسی داشته و نیازی به درمان آنتی‌بیوتیکی ندارند.

- درمان آنتی‌بیوتیکی تنها در بیماران مبتلا به فارنژیت ناشی از استرپتوکوک گروه A (GAS) یا مواردی که بر اساس ارزیابی بالینی و نتایج آزمایشگاهی احتمال بالای عفونت وجود دارد، توصیه می‌شود.
- پنی‌سیلین تزریقی یا آموکسی‌سیلین داروهای انتخاب اول بوده و به دلیل اثربخشی مناسب، طیف اثر محدود و قرار گرفتن در گروه Access طبقه‌بندی AWaRe، بر سایر آنتی‌بیوتیک‌ها ارجحیت دارند.
- مصرف غیرضروری آنتی‌بیوتیک‌ها، به‌ویژه آنتی‌بیوتیک‌های با طیف وسیع، باید به‌منظور کاهش بروز مقاومت میکروبی اجتناب شود.
- در بیماران با سابقه حساسیت شدید به پنی‌سیلین، از آنتی‌بیوتیک‌های جایگزین مانند ماکرولیدها یا کلیندامایسین استفاده شود.
- در صورت عدم بهبود علائم طی ۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از شروع درمان، بیمار باید از نظر پایداری به درمان، تشخیص‌های جایگزین و بروز عوارض مجدداً ارزیابی شود.
- رعایت اصول مدیریت مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها (Antimicrobial Stewardship) و استفاده از طبقه‌بندی AWaRe در انتخاب آنتی‌بیوتیک توصیه می‌شود.

(ن) منابع

قدرت توصیه	سطح شواهد قطعیت (GRADE)	حوزه پوشش	نوع منبع	منابع اصلی
قوی	سطح ۱ (قطعیت بالا)	تشخیص، ارزیابی، درمان و پیشگیری از فارنژیت ناشی از استرپتوکوک گروه A	راهنمای بالینی مبتنی بر شواهد (Evidence-Based Clinical Practice Guideline)	IDSA Updates Guideline for Managing Group A Streptococcal Pharyngitis
قوی	سطح ۱ (قطعیت بالا)	درمان و پیشگیری از فارنژیت استرپتوکوکی در بزرگسالان و کودکان	مرور مبتنی بر شواهد (Evidence-Based Review)	UpToDate. Treatment and Prevention of Streptococcal Pharyngitis in Adults and Children
قوی	سطح ۱ (قطعیت بالا)	انتخاب و تجویز منطقی آنتی‌بیوتیک بر اساس طبقه‌بندی AWaRe در فارنژیت	راهنمای بین‌المللی مبتنی بر شواهد	The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) Antibiotic Book, Section 6: Pharyngitis
قوی	سطح ۱ (قطعیت بالا)	اپیدمیولوژی، تشخیص، درمان و عوارض فارنژیت حاد باکتریال	مرجع تخصصی بیماری‌های عفونی مبتنی بر شواهد	Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 9th Edition (2020), Chapter 59

راهنمای سطوح قطعیت (GRADE)

سطح ۱ (قطعیت بالا)	پژوهش‌های آینده به احتمال زیاد بر برآورد اثر یا توصیه تغییری ایجاد نخواهند کرد.
سطح ۲ (قطعیت متوسط)	پژوهش‌های آینده ممکن است بر برآورد اثر تأثیر بگذارند و احتمال تغییر توصیه وجود دارد.
سطح ۳ (قطعیت پایین)	پژوهش‌های آینده احتمالاً بر برآورد اثر تأثیر قابل توجهی خواهند داشت و ممکن است توصیه تغییر کند.
سطح ۴ (قطعیت بسیار پایین)	شواهد موجود بسیار نامطمئن است و هرگونه برآورد اثر با عدم اطمینان قابل توجه همراه است