

VIÊM MŨI XOANG THAI KỲ: TỔNG QUAN TƯỜNG THUẬT VỀ CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT VÀ AN TOÀN ĐIỀU TRỊ

Nguyễn Thị Phương Thảo^{1,✉}, Kryukov Andrei Ivanovich²

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Viện NCLS Tai Mũi Họng mang tên Sverzhhevki N.I, Matxcova, Liên bang Nga

Nghẹt mũi khi mang thai có cơ chế đa dạng gồm viêm mũi thai kỳ, viêm mũi dị ứng và viêm mũi xoang nhiễm khuẩn; phân biệt ba thực thể này quan trọng để chọn điều trị nhưng thiếu hướng dẫn cụ thể tại Việt Nam. Tổng quan này tổng hợp bằng chứng về dự đoán, hiệu quả và an toàn các biện pháp điều trị viêm mũi xoang ở phụ nữ mang thai, theo phương pháp tổng quan tường thuật theo SANRA, tìm kiếm hệ thống trên PubMed, Cochrane và Embase, đánh giá chất lượng theo GRADE. 38 nghiên cứu đủ tiêu chuẩn được đưa vào phân tích với chứng cứ từ thấp đến trung bình. Dấu hiệu gợi ý nhiễm khuẩn đáng tin cậy nhất gồm dịch mũi, đau vùng mắt, giảm khứu giác và triệu chứng kéo dài > 10 ngày. Nước muối và budesonide có hồ sơ an toàn tốt nhất trong thai kỳ. Kháng sinh chỉ nên dùng khi có bằng chứng nhiễm khuẩn. Viêm mũi xoang ở thai phụ cần đánh giá có hệ thống, điều trị theo thang bậc và dữ liệu tiến cứu tại Việt Nam để xây dựng hướng dẫn thực hành.

Từ khóa: Viêm mũi xoang, thai kỳ, viêm mũi thai kỳ, corticosteroid xịt mũi, an toàn thuốc, chẩn đoán phân biệt.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai kỳ gây ra nhiều biến đổi sinh lý sâu rộng, trong đó có những thay đổi có ảnh hưởng trực tiếp và rõ rệt lên niêm mạc đường hô hấp trên. Sự gia tăng nồng độ estrogen và progesterone, cùng với tăng thể tích máu lưu hành và thay đổi đáp ứng miễn dịch theo hướng Th2, làm tăng sung huyết, phù nề và tăng tiết dịch của niêm mạc mũi xoang.^{1,2}

Hệ quả là nghẹt mũi, chảy mũi và khó thở bằng mũi trở thành những triệu chứng rất phổ biến trong thai kỳ, với tỷ lệ báo cáo dao động từ 18% đến 30% tùy tiêu chuẩn chẩn đoán và quần thể nghiên cứu.^{3,4}

Tuy nhiên, triệu chứng mũi trong thai kỳ không đồng nhất về cơ chế bệnh sinh. Ít nhất ba thực thể khác biệt có thể gây ra nghẹt mũi

kéo dài ở thai phụ: viêm mũi thai kỳ (pregnancy rhinitis) có cơ chế nội tiết – mạch máu, viêm mũi dị ứng với đáp ứng miễn dịch qua trung gian IgE, và viêm mũi xoang nhiễm khuẩn cấp hoặc đợt cấp của viêm mũi xoang mạn tính.^{5,6} Việc phân biệt ba thực thể này có ý nghĩa quyết định trong lựa chọn điều trị, vì mỗi thực thể đòi hỏi chiến lược can thiệp khác nhau và có hàm ý khác nhau về an toàn cho thai nhi.

Thực hành lâm sàng hiện nay đối mặt với ít nhất ba thách thức chính. Thứ nhất, thiếu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên trên phụ nữ mang thai do rào cản đạo đức nghiên cứu, khiến phần lớn bằng chứng thuốc dựa trên nghiên cứu quan sát và dữ liệu hậu mãi. Thứ hai, có xu hướng chẩn đoán quá mức viêm mũi xoang nhiễm khuẩn ở thai phụ chỉ dựa trên nghẹt mũi kéo dài, dẫn đến chỉ định kháng sinh không cần thiết. Thứ ba, nhiều bác sĩ lâm sàng thiếu thông tin cập nhật về hồ sơ an toàn của từng corticosteroid xịt mũi, dẫn đến thái độ thận

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Phương Thảo

Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Email: drphuongthao.ent@gmail.com

Ngày nhận: 26/05/2026

Ngày được chấp nhận: 14/06/2026

trọng thái quá hoặc ngưng thuốc không hợp lý ở bệnh nhân đã sử dụng trước mang thai.^{7,8}

Tại Việt Nam, cho đến nay chưa có tổng quan hệ thống hoặc hướng dẫn thực hành cụ thể về viêm mũi xoang trong thai kỳ được công bố. Các bác sĩ tai mũi họng tuyến tỉnh và tuyến trung ương đang phải dựa chủ yếu vào khuyến cáo quốc tế chưa được điều chỉnh cho bối cảnh địa phương. Trong bối cảnh đó, tổng quan này được thực hiện nhằm phân tích và tổng hợp bằng chứng hiện có về chẩn đoán phân biệt, hiệu quả và độ an toàn của các biện pháp điều trị viêm mũi xoang trong thai kỳ, từ đó cung cấp nền tảng bằng chứng hỗ trợ thực hành lâm sàng trong nước.

II. NỘI DUNG TỔNG QUAN

1. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Tổng quan tường thuật có phân tích bằng chứng (narrative review with evidence analysis) được thực hiện theo nguyên tắc báo cáo SANRA (Scale for the Assessment of Narrative Review Articles).⁹

Chiến lược tìm kiếm

Tìm kiếm tài liệu được thực hiện trên PubMed/MEDLINE, Cochrane Library, Embase và Rhinology Journal từ tháng 01/2000 đến tháng 03/2025, sử dụng các từ khóa chuẩn hóa MeSH và từ khóa tự do: “pregnancy rhinitis” OR “rhinitis of pregnancy”; “rhinosinusitis AND pregnancy”; “chronic rhinosinusitis AND pregnancy”; “intranasal corticosteroids AND pregnancy safety”; “antihistamines AND pregnancy AND rhinitis”; “nasal saline irrigation AND pregnancy”. Tìm kiếm bổ sung được thực hiện bằng cách duyệt danh sách tài liệu tham khảo của các bài tổng quan liên quan đã được xác định (hand searching).

Tiêu chí lựa chọn và loại trừ

Tài liệu được đưa vào phân tích nếu thỏa

mãn đồng thời: (1) liên quan trực tiếp đến bệnh lý mũi xoang trong thai kỳ; (2) đề cập đến chẩn đoán, điều trị hoặc đánh giá an toàn thuốc; (3) thuộc một trong các thiết kế sau: thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, nghiên cứu quan sát (cohort, case-control), tổng quan hệ thống, phân tích gộp, hoặc hướng dẫn thực hành lâm sàng của tổ chức chuyên môn có thẩm quyền. Tiêu chí loại trừ bao gồm: báo cáo ca bệnh đơn lẻ, thư gửi ban biên tập, tóm tắt hội nghị không có toàn văn, và nghiên cứu không đề cập cụ thể đến thai kỳ.

Đánh giá chất lượng bằng chứng

Chất lượng bằng chứng được đánh giá theo khung GRADE đơn giản hóa (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) với bốn mức: cao, trung bình, thấp và rất thấp.¹⁰ Việc đánh giá được thực hiện độc lập bởi hai tác giả; bất đồng được giải quyết bằng thảo luận.

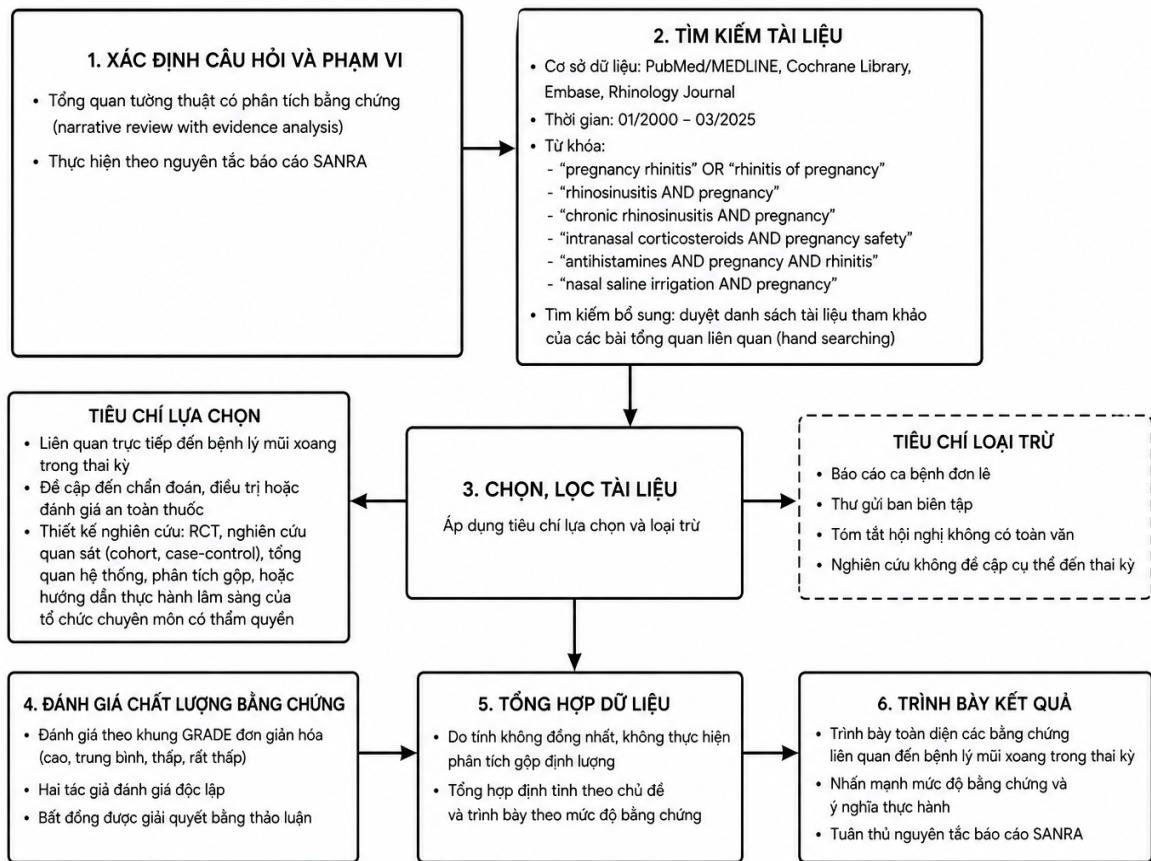
Tổng hợp dữ liệu

Do tính không đồng nhất về thiết kế nghiên cứu, quần thể nghiên cứu và chỉ số kết cục, phân tích gộp định lượng không được thực hiện. Dữ liệu được tổng hợp theo hướng định tính, tổ chức theo chủ đề và trình bày theo mức độ bằng chứng (Sơ đồ 1 các bước chọn và sàng lọc tài liệu)

2. Kết quả

Đặc điểm nguồn bằng chứng

Tìm kiếm ban đầu xác định được 312 tài liệu. Sau khi loại trùng lặp và sàng lọc tiêu đề/tóm tắt, 68 bài được xem xét toàn văn. Sau áp dụng tiêu chí lựa chọn, 38 tài liệu được đưa vào phân tích cuối cùng. Đặc điểm các nhóm bằng chứng được trình bày tại Bảng 1. Nhìn chung, mức độ bằng chứng của lĩnh vực này ở mức thấp đến trung bình theo GRADE, phản ánh rào cản đạo đức trong nghiên cứu can thiệp trên phụ nữ mang thai.



Sơ đồ 1. Các bước chọn và sàng lọc tài liệu

Bảng 1. Đặc điểm các nhóm bằng chứng đưa vào phân tích

Thiết kế nghiên cứu	Số tài liệu	Tác giả/Nguồn đại diện	Nội dung chủ yếu	Mức GRADE
Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên	2	Ellegård EK et al. (2001) ¹¹ ; Turnbull GL et al. (1996) ¹²	Corticosteroid xịt mũi, dụng cụ giãn mũi trong viêm mũi thai kỳ	Trung bình
Nghiên cứu quan sát (cohort/case-control)	14	Eltawil Y et al. (2025) ¹ ; Norjavaara E et al. (2003) ¹³ ; Källén B et al. (1999) ¹⁴	Dịch tể bệnh mũi thai kỳ, an toàn budesonide và INS	Thấp – Trung bình

Thiết kế nghiên cứu	Số tài liệu	Tác giả/Nguồn đại diện	Nội dung chủ yếu	Mức GRADE
Tổng quan hệ thống / Phân tích gộp	12	Lal D et al. (2016) ⁷ ; Orban N et al. (2013) ⁸ ; Dumitru CS et al. (2025) ⁴	Điều trị CRS và viêm mũi trong thai kỳ, cơ chế bệnh sinh	Trung bình
Hướng dẫn thực hành lâm sàng	6	Fokkens WJ et al. EPOS 2020. ¹⁵ Fein MN et al. (2017) ¹⁶	Khuyến cáo điều trị viêm mũi xoang, an toàn INS trong thai kỳ	Thấp – Trung bình
Nghiên cứu an toàn thuốc chuyên biệt	4	Diav-Citrin O et al. (2003) ¹⁷ ; Park-Wyllie L et al. (2000) ¹⁸	Kháng histamin, corticosteroid và dị tật bẩm sinh	Thấp

INS: intranasal corticosteroids.

Chẩn đoán phân biệt: nền tảng của tiếp cận lâm sàng

Viêm mũi thai kỳ: thực thể sinh lý – bệnh lý riêng biệt

Viêm mũi thai kỳ được định nghĩa là tình trạng nghẹt mũi xuất hiện trong thai kỳ, kéo dài ít nhất 6 tuần, không có triệu chứng dị ứng hoặc nhiễm trùng, và tự khỏi hoàn toàn trong vòng 2 tuần sau sinh.^{3,8} Tiêu chuẩn chẩn đoán này, được Ellegård và Hellgren xác lập từ năm 2000 và được tái khẳng định trong nhiều tổng quan cập nhật, giúp phân biệt viêm mũi thai kỳ với hai thực thể còn lại.^{3,4}

Tỷ lệ viêm mũi thai kỳ dao động từ 18% đến 30% trong các nghiên cứu dịch tễ học, với tỷ lệ cao nhất ghi nhận trong tam cá nguyệt thứ hai và thứ ba.^{3,4} Cơ chế bệnh sinh liên quan đến tăng nồng độ estrogen gây phù nề và tăng tính thấm mao mạch niêm mạc mũi, kết hợp với tăng lưu lượng máu toàn thân và thay đổi đáp ứng thần kinh thực vật.^{2,8} Nồng độ hormone tăng trưởng nhau thai (placental growth hormone) cũng được ghi nhận cao hơn có ý nghĩa thống kê ở các thai phụ có triệu chứng viêm mũi thai kỳ so với nhóm chứng.⁸ Các yếu tố nguy cơ

được xác định gồm hút thuốc lá chủ động và bị động, mẫn cảm bụi nhà mite và tiền sử dị ứng.^{3,8}

Điểm quan trọng về mặt lâm sàng là viêm mũi thai kỳ không đáp ứng với kháng histamin và thường không cải thiện hoàn toàn với corticosteroid xịt mũi, vì cơ chế bệnh sinh chủ yếu là mạch máu chứ không phải viêm dị ứng hay nhiễm khuẩn.^{5,8}

Tiêu chuẩn lâm sàng gợi ý viêm mũi xoang nhiễm khuẩn

Một vấn đề thực hành được nhiều tổng quan nhấn mạnh là tình trạng chẩn đoán quá mức viêm mũi xoang nhiễm khuẩn ở thai phụ có nghẹt mũi kéo dài.^{5,7,8} Nghẹt mũi đơn thuần, dù kéo dài, không đủ để chẩn đoán viêm mũi xoang. Theo hướng dẫn của European Position Paper on Rhinosinusitis (EPOS 2020), chẩn đoán viêm mũi xoang cần ít nhất hai trong số các dấu hiệu sau: tắc mũi, dịch tiết mũi mủ, đau hoặc áp lực vùng mặt, và giảm khứu giác — cùng với xác nhận qua nội soi hoặc chụp cắt lớp vi tính.¹⁵

Trong thực hành thai kỳ, nội soi mũi cứng hoặc mềm đóng vai trò đặc biệt quan trọng do

hạn chế sử dụng CT scan liên quan đến phơi nhiễm phóng xạ.⁷ Dịch mũi khe giữa, phù nề niêm mạc cuốn mũi giữa và polyp mũi là những

dấu hiệu nội soi có giá trị chẩn đoán, giúp phân biệt viêm mũi xoang thực sự với viêm mũi thai kỳ hoặc viêm mũi dị ứng.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng phân biệt các nguyên nhân nghẹt mũi trong thai kỳ

Đặc điểm	Viêm mũi thai kỳ	Viêm mũi dị ứng	Viêm mũi xoang	Ghi chú lâm sàng
Nghẹt mũi	+++	++	++	Đặc điểm chung của cả 3 nhóm
Hắt hơi thành tràng	±	+++	Không đặc hiệu	Gợi ý dị ứng khi nổi bật
Ngứa mũi, mắt	–	+++	–	Đặc trưng của dị ứng IgE-mediated
Dịch mũi trong, loãng	++	+++	+	Không đủ để phân biệt
Dịch mũi mủ	–	–	+++	Dấu hiệu gợi ý nhiễm khuẩn mạnh nhất
Đau/áp lực vùng mặt	–	–	++	Cần hỏi kỹ và khám điểm đau xoang
Giảm hoặc mất khứu giác	±	±	++	Cần đánh giá khứu giác có hệ thống
Sốt	–	–	Có thể	Không phải luôn luôn hiện diện
Liên quan yếu tố dị nguyên	–	+++	–	Tiền sử dị ứng cần khai thác
Tự khỏi sau sinh	+++	–	–	Tiêu chuẩn định nghĩa của viêm mũi thai kỳ
Đáp ứng kháng histamin	–	+++	–	Vai trò chẩn đoán gián tiếp

+++; nổi bật; ++; thường gặp; +; có thể gặp; ±; không hằng định; –; thường không có.

Biện pháp điều trị không dùng thuốc

Rửa mũi bằng nước muối

Rửa mũi bằng nước muối đẳng trương hoặc ưu trương là biện pháp có hồ sơ an toàn tốt nhất trong thai kỳ và được xem là nền tảng điều trị bậc một trong mọi hướng dẫn hiện hành.^{7,8,15} Cơ chế tác dụng bao gồm cải thiện thanh thải nhầy lông chuyển, giảm phù nề niêm mạc, loại bỏ vật lạ và kháng nguyên, và cải thiện dẫn lưu

xoang tự nhiên. Trong tổng quan hệ thống của Lal và cộng sự, rửa mũi bằng nước muối là can thiệp duy nhất được toàn thể hội đồng chuyên gia đồng thuận khuyến cáo ở mức cao nhất.⁷ Mặc dù bằng chứng từ thử nghiệm ngẫu nhiên trực tiếp trên thai phụ còn hạn chế, tính an toàn được coi là không có câu hỏi và hiệu quả được hỗ trợ bởi dữ liệu từ dân số chung và nghiên cứu nhi khoa.

Thuốc co mạch tại chỗ

Oxymetazoline và xylometazoline có hiệu quả giảm nghẹt mũi nhanh trong ngắn hạn nhưng tiềm ẩn nguy cơ viêm mũi do thuốc (rhinitis medicamentosa) khi dùng kéo dài, và một số nghiên cứu ghi nhận tín hiệu về ảnh hưởng mạch máu khi dùng liều cao hoặc dài ngày trong thai kỳ.⁸ Hầu hết khuyến cáo chỉ chấp nhận sử dụng tối đa 3 ngày khi thật cần thiết và không khuyến cáo dùng thường xuyên trong thai kỳ.^{7,15}

Corticosteroid xịt mũi: nhóm thuốc có bằng chứng mạnh nhất**Tổng quan về an toàn**

Corticosteroid xịt mũi (intranasal corticosteroids, INS) hiện là nhóm thuốc có bằng chứng an toàn tốt nhất trong điều trị viêm mũi xoang thai kỳ. Các tổng quan hệ thống và nghiên cứu dịch tễ học lớn đều không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc sử dụng INS và gia tăng tỷ lệ dị tật bẩm sinh, sinh non hoặc các biến cố thai sản bất lợi.^{7,16,18} Một cơ sở lý giải quan trọng cho hồ sơ an toàn này là sinh khả dụng toàn thân thấp của các INS thế hệ mới, nghĩa là phơi nhiễm của thai nhi thực tế là tối thiểu ngay cả khi dùng ở liều điều trị chuẩn.¹⁶

So sánh các corticosteroid xịt mũi

Trong số các INS hiện có, budesonide có dữ liệu an toàn phong phú nhất trong thai kỳ

nhờ đã được nghiên cứu trên hàng chục nghìn thai phụ trong các nghiên cứu đăng ký lớn, đặc biệt trong bệnh hen phế quản. Norjavaara và de Verdier đã báo cáo kết cục thai kỳ bình thường trong một nghiên cứu dựa trên dân số bao gồm 2.968 thai phụ phơi nhiễm budesonide, không ghi nhận tăng nguy cơ dị tật bẩm sinh.¹³ Tiếp đó, Källén và cộng sự phân tích dữ liệu từ Swedish Medical Birth Registry cũng không tìm thấy liên quan giữa budesonide hít sớm trong thai kỳ và dị tật bẩm sinh.¹⁴ Budesonide được FDA xếp vào danh mục B cho đường hô hấp.

Fluticasone và mometasone cũng có hồ sơ an toàn thuận lợi với sinh khả dụng toàn thân rất thấp (fluticasone furoate < 1%, mometasone < 0,1%), mặc dù cơ sở dữ liệu trực tiếp trong thai kỳ nhỏ hơn budesonide.¹⁶ Beclomethasone được xem là chấp nhận được nhưng có sinh khả dụng toàn thân cao hơn và do đó mức độ ưu tiên thấp hơn. Triamcinolone là ngoại lệ đáng chú ý: Park-Wyllie và cộng sự ghi nhận tín hiệu liên quan đến tăng nguy cơ dị tật bẩm sinh (bao gồm hở hàm ếch) khi sử dụng corticosteroid toàn thân trong tam cá nguyệt đầu,¹⁸ và mặc dù bằng chứng đối với triamcinolone xịt mũi riêng biệt chưa đủ để khẳng định quan hệ nhân quả, tín hiệu bất lợi này khiến hầu hết hướng dẫn hiện nay khuyến cáo hạn chế hoặc tránh sử dụng trong thai kỳ.⁷

Bảng 3. Hồ sơ an toàn của các corticosteroid xịt mũi trong thai kỳ

Thuốc	Sinh khả dụng toàn thân	Dữ liệu an toàn thai kỳ	Phân loại FDA	Khuyến cáo thực hành
Budesonide	Thấp (~10%)	Phong phú nhất; không tăng dị tật. ^{13,14}	B	Ưu tiên hàng đầu
Fluticasone furoate	Rất thấp (< 1%)	Tốt; cơ sở dữ liệu vừa. ¹⁶	C	Có thể sử dụng
Mometasone	Rất thấp (< 0,1%)	Tốt; cơ sở dữ liệu vừa. ¹⁶	C	Có thể sử dụng

Thuốc	Sinh khả dụng toàn thân	Dữ liệu an toàn thai kỳ	Phân loại FDA	Khuyến cáo thực hành
Beclomethasone	Trung bình	Chấp nhận được. ⁷	C	Cần nhắc
Triamcinolone	Cao	Tín hiệu bất lợi tiềm tàng. ¹⁸	C	Hạn chế/Tránh

INS: intranasal corticosteroids; FDA: Food and Drug Administration

Ý nghĩa thực hành khi bệnh nhân đã dùng thuốc trước mang thai

Một tình huống lâm sàng thường gặp là thai phụ đã sử dụng INS trước mang thai vì viêm mũi dị ứng hoặc viêm mũi xoang mạn tính. Ngưng thuốc đột ngột có thể gây bùng phát triệu chứng nặng, ảnh hưởng giấc ngủ, chất lượng sống và nguy cơ bội nhiễm.⁷ Tiếp cận hiện đại ưu tiên duy trì điều trị nếu có chỉ định rõ ràng, chuyển sang thuốc có dữ liệu an toàn tốt hơn nếu bệnh nhân đang dùng triamcinolone, và dùng liều thấp nhất còn hiệu quả.^{7,8,15}

Kháng histamin

Kháng histamin có vai trò chủ yếu ở thai phụ có viêm mũi dị ứng rõ ràng, qua trung gian IgE là cơ chế chủ đạo. Trong viêm mũi xoang nhiễm khuẩn hoặc viêm mũi thai kỳ, vai trò của kháng histamin không được chứng minh.^{5,7} Trong số các kháng histamin thế hệ hai, loratadine và cetirizine có hồ sơ an toàn được đánh giá thuận lợi nhất trong thai kỳ, dựa trên dữ liệu từ nhiều nghiên cứu cohort lớn không ghi nhận tăng tỷ lệ dị tật bẩm sinh.¹⁷ Kháng histamin thế hệ một như diphenhydramine và chlorpheniramine có thể gây an thần và một số lo ngại về tác dụng kháng cholinergic, tuy nhiên vẫn được sử dụng trong thực hành khi chỉ định rõ.⁸ Nhìn chung, GRADE cho nhóm kháng histamin trong viêm mũi xoang thai kỳ ở mức thấp do thiếu bằng chứng từ thử nghiệm ngẫu nhiên trực tiếp.

Kháng sinh

Sử dụng kháng sinh không cần thiết ở thai phụ có nghẹt mũi kéo dài là một vấn đề thực hành được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu.^{5,7,8}

Điều này có hệ quả không chỉ về an toàn thuốc mà còn về kháng kháng sinh và thay đổi hệ vi sinh đường tiêu hóa của mẹ và trẻ sơ sinh. Chỉ định kháng sinh chỉ nên được đặt ra khi có đồng thời các dấu hiệu lâm sàng gợi ý nhiễm khuẩn thực sự: dịch mũi mủ xác nhận qua nội soi, đau vùng mặt rõ, sốt, và triệu chứng không cải thiện hoặc nặng hơn sau 7 – 10 ngày điều trị bảo tồn.^{7,15} Viêm mũi xoang cấp do vi khuẩn chiếm tỷ lệ thấp trong tổng số đợt cấp triệu chứng mũi và phần lớn có thể tự khỏi.

Khi kháng sinh được chỉ định, amoxicillin hoặc amoxicillin-clavulanate là lựa chọn hàng đầu, và nhóm cephalosporin thế hệ hai được xem là an toàn trong thai kỳ.^{7,8} Fluoroquinolone, tetracycline và trimethoprim-sulfamethoxazole cần tránh do bằng chứng về độc tính thai nhi.

Can thiệp ngoại khoa

Vai trò của phẫu thuật trong viêm mũi xoang thai kỳ cực kỳ hạn chế. Hầu hết các hướng dẫn khuyến cáo trì hoãn phẫu thuật nội soi mũi xoang (FESS) đến sau sinh, trừ khi có biến chứng đe dọa tính mạng hoặc thị lực.^{7,15} Chỉ định phẫu thuật trong thai kỳ được chấp nhận gồm: viêm mũi xoang biến chứng ổ mắt, biến chứng nội sọ, áp xe và nghi ngờ u ác tính. Khi phẫu thuật cấp thiết, tam cá nguyệt thứ hai được ưu tiên vì nguy cơ gây mê thấp hơn so với tam cá nguyệt đầu và ít trở ngại về tư thế hơn so với tam cá nguyệt cuối.⁷

3. Bàn luận

Phát hiện quan trọng nhất của tổng quan này là sự không đồng nhất về cơ chế bệnh sinh của nghẹt mũi thai kỳ, và hệ quả trực tiếp là

không thể điều trị theo triệu chứng đơn thuần mà không có chẩn đoán phân biệt. Nghiên cứu hồi cứu của Eltawil và cộng sự tại UCSF trên 57 thai phụ đến khám tại phòng khám tai mũi họng cho thấy các bệnh lý mũi thai kỳ phân bố khá đồng đều giữa chảy máu mũi (43,9%), đợt cấp viêm mũi xoang mạn (38,6%) và viêm mũi thai kỳ thuần túy (17,5%), nhấn mạnh rằng không một nguyên nhân nào chiếm ưu thế tuyệt đối và mỗi nhóm cần hướng xử trí riêng.¹

Trong thực hành tại các cơ sở y tế Việt Nam, nơi thời gian khám bệnh thường ngắn và khả năng tiếp cận nội soi mũi không đồng đều, áp lực chẩn đoán “viêm xoang” và kê kháng sinh có thể cao hơn so với các trung tâm có đầy đủ phương tiện. Đây là điểm cần được nhấn mạnh trong đào tạo lâm sàng và phác đồ thực hành cơ sở.

Sự ưu tiên budesonide so với các INS khác trong thai kỳ dựa trên cơ sở bằng chứng cụ thể, không phải đơn thuần là quy ước. Cơ sở dữ liệu từ các nghiên cứu đăng ký lớn tại Bắc Âu, đặc biệt nghiên cứu của Norjavaara và cộng sự trên hơn 2.900 thai phụ và phân tích Swedish Medical Birth Registry của Källén, cho phép kết luận không tăng nguy cơ dị tật bẩm sinh ở mức tin cậy cao hơn so với các INS khác.^{13,14} Đây là ví dụ điển hình về tầm quan trọng của kích thước mẫu trong nghiên cứu an toàn thuốc: không tìm thấy tín hiệu bất lợi trong nghiên cứu nhỏ không đồng nghĩa với an toàn được xác nhận.

Tổng quan hệ thống của Lal và cộng sự — tổng quan toàn diện nhất hiện có về quản lý viêm mũi xoang trong thai kỳ — đã sàng lọc 3.052 tóm tắt và xem xét toàn văn 88 bài, nhưng không tìm thấy bất kỳ nghiên cứu nào từ mức bằng chứng 1, 2 hay 3 về quản lý viêm mũi xoang mạn trong thai kỳ.⁷ Điều này không có nghĩa là không có bằng chứng, mà có nghĩa là bằng chứng hiện có cần được diễn giải thận trọng hơn. Rào cản đạo đức nghiên cứu khiến

khoảng trống này khó có thể thu hẹp bằng nghiên cứu can thiệp trong tương lai gần. Thay vào đó, hướng ưu tiên là các nghiên cứu dịch tễ học tiền cứu, các nghiên cứu sử dụng dữ liệu đăng ký lớn và phân tích an toàn hậu mãi có chất lượng cao.

Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đánh giá hệ thống tỷ lệ viêm mũi thai kỳ, viêm mũi dị ứng và viêm mũi xoang ở phụ nữ mang thai, thực trạng chẩn đoán và kê đơn tại các cơ sở tai mũi họng, hoặc kết cục điều trị theo các phác đồ khác nhau trong bối cảnh địa phương. Những nghiên cứu này là cần thiết không chỉ để bổ sung dữ liệu cho y văn quốc tế mà còn để xây dựng hướng dẫn thực hành phù hợp với điều kiện y tế và mô hình bệnh tật tại Việt Nam — nơi tỷ lệ dị ứng bụi nhà, viêm mũi mạn tính và khả năng tiếp cận với các loại INS khác nhau có những đặc điểm riêng.

Hạn chế của tổng quan

Tổng quan này có một số hạn chế cần được ghi nhận rõ ràng. Thứ nhất, do tính không đồng nhất thiết kế của các tài liệu đưa vào, phân tích gộp định lượng không thực hiện được, và các kết luận dựa trên tổng hợp định tính có thể chịu ảnh hưởng của thiên lệch diễn giải. Thứ hai, tổng quan này không bao gồm tài liệu bằng tiếng Việt hoặc từ các cơ sở dữ liệu Đông Nam Á, do đó có thể bỏ sót dữ liệu thực hành địa phương. Thứ ba, phần lớn bằng chứng cơ sở xuất phát từ dân số Bắc Âu và Bắc Mỹ, và tính ngoại suy sang dân số Việt Nam cần thận trọng. Thứ tư, không có thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên nào được thực hiện trực tiếp trên quần thể thai phụ có viêm mũi xoang, và toàn bộ khuyến cáo điều trị hiện dựa trên bằng chứng từ điều kiện lâm sàng liên quan (hen phế quản, viêm mũi dị ứng) hoặc ý kiến chuyên gia đa chuyên khoa.

III. KẾT LUẬN

Viêm mũi xoang trong thai kỳ là một vấn đề lâm sàng phức tạp đòi hỏi tiếp cận chẩn đoán

phân biệt có hệ thống thay vì xử trí theo triệu chứng đơn thuần. Phần lớn nghẹt mũi thai kỳ có nguồn gốc sinh lý (viêm mũi thai kỳ) hoặc dị ứng, không cần điều trị kháng sinh hay can thiệp xâm lấn. Nội soi mũi có vai trò then chốt trong chẩn đoán phân biệt và nên được ưu tiên thay vì chụp cắt lớp vi tính do hạn chế phóng xạ trong thai kỳ.⁷

Chiến lược điều trị nên theo mô hình bậc thang: rửa mũi bằng nước muối là nền tảng ban đầu cho mọi thể bệnh; corticosteroid xịt mũi - với budesonide là lựa chọn ưu tiên dựa trên dữ liệu an toàn phong phú nhất - được chỉ định khi viêm mũi dị ứng hoặc viêm mũi xoang có xác nhận lâm sàng;^{13,14} kháng sinh được dành riêng cho trường hợp có bằng chứng nhiễm khuẩn rõ ràng;^{7,15} và phẫu thuật chỉ khi có biến chứng nghiêm trọng không thể trì hoãn.⁷

Nghiên cứu tiền cứu tại Việt Nam về dịch tễ học và thực hành điều trị viêm mũi xoang trong thai kỳ là cần thiết để xây dựng hướng dẫn thực hành phù hợp với bối cảnh địa phương.

Xung đột lợi ích: Tác giả tuyên bố không có xung đột lợi ích liên quan đến bài báo này.

Tài trợ nghiên cứu: Nghiên cứu này không nhận tài trợ từ bất kỳ tổ chức công, tư hoặc phi lợi nhuận nào.

Lời cảm ơn

Tác giả xin cảm ơn Ban Giám đốc Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, Viên Nghiên cứu lâm sàng Tai Mũi Họng mang tên Sverzhovski N.I đã tạo điều kiện thuận lợi cho công tác nghiên cứu khoa học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eltawil Y, Callander JK, Loftus PA. Rhinologic conditions of pregnancy: a retrospective cohort study. *OTO Open*. 2025;9(2):e70114.
2. Philpott CM, Conboy P, Al-Azzawi F, Murty GE. Nasal physiological changes during

pregnancy. *Clin Otolaryngol*. 2004;29(4):343-351.

3. Ellegård E, Hellgren M, Torén K, Karlsson G. The incidence of pregnancy rhinitis. *Gynecol Obstet Invest*. 2000;49(2):98-101.

4. Dumitru CS, Zara F, Novacescu D, et al. Pregnancy rhinitis: pathophysiological mechanisms, diagnostic challenges, and management strategies - a narrative review. *Life (Basel)*. 2025;15(8):1166. doi:10.3390/life15081166.

5. Namazy JA, Schatz M. Rhinitis and sinusitis in pregnancy. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2023;43(1):89-99.

6. Sobczyk K, Grajczyk A, Dżaman K, Zarzecka J, Barcz E. Impact of pregnancy rhinitis on olfactory sensitivity: a controlled comparative study. *Diagnostics (Basel)*. 2025;15(20):2572. doi:10.3390/diagnostics15202572.

7. Lal D, Jategaonkar AA, Borish L, et al. Management of rhinosinusitis during pregnancy: systematic review and expert panel recommendations. *Rhinology*. 2016;54(2):99-104.

8. Orban N, Maughan E, Bleach N. Pregnancy-induced rhinitis. *Rhinology*. 2013;51(2):111-119. doi:10.4193/Rhino12.045.

9. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA - a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev*. 2019;4:5.

10. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336(7650):924-926.

11. Ellegård EK, Hellgren M, Karlsson NG. Fluticasone propionate aqueous nasal spray in pregnancy rhinitis. *Clin Otolaryngol Allied Sci*. 2001;26(5):394-400.

12. Turnbull GL, Rundell OH, Rayburn WF, Jones RK, Pearman CS. Managing pregnancy-

related nocturnal nasal congestion: the external nasal dilator. *J Reprod Med.* 1996;41(12):897-902.

13. Norjavaara E, de Verdier MG. Normal pregnancy outcomes in a population-based study including 2,968 pregnant women exposed to budesonide. *J Allergy Clin Immunol.* 2003;111(4):736-742.

14. Källén B, Rydhstroem H, Åberg A. Congenital malformations after the use of inhaled budesonide in early pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1999;93(3):392-395.

15. Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020. *Rhinology.* 2020;58(Suppl S29):1-464.

16. Fein MN, Fischer DA, O'Keefe AW, Sussman GL. CSACI position statement: newer intranasal corticosteroids are safe during pregnancy. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2017;13:9.

17. Diav-Citrin O, Shechtman S, Aharonovich A, et al. Pregnancy outcome after gestational exposure to loratadine or antihistamines: a prospective controlled cohort study. *J Allergy Clin Immunol.* 2003;111(6):1239-1243.

18. Park-Wyllie L, Mazzotta P, Pastuszak A, et al. Birth defects after maternal exposure to corticosteroids: prospective cohort study and meta-analysis of epidemiological studies. *Teratology.* 2000;62(6):385-392.

Summary

PREGNANCY-RELATED RHINOSINUSITIS: A NARRATIVE REVIEW OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND TREATMENT SAFETY

Nasal congestion during pregnancy arises from diverse mechanisms, including pregnancy rhinitis, allergic rhinitis, and acute bacterial rhinosinusitis; distinguishing among these entities is essential for appropriate management, yet specific guidance is lacking in Vietnam. This review synthesizes evidence on predictors, efficacy, and safety of treatments for rhinosinusitis in pregnant women using a narrative review approach per SANRA, with systematic searches of PubMed, Cochrane, and Embase and quality appraisal by GRADE. Thirty-eight eligible studies were included, with evidence ranging from low to moderate. The most reliable indicators of bacterial infection were purulent nasal discharge, facial pain, reduced olfaction, and symptoms lasting more than 10 days. Saline irrigation and intranasal budesonide exhibited the most favorable safety profiles in pregnancy. Antibiotics should be reserved for cases with documented bacterial infection. Rhinosinusitis in pregnancy requires systematic assessment and stepwise management, and prospective data from Vietnam are needed to develop local clinical practice guidelines.

Keywords: Rhinosinusitis, pregnancy, pregnancy rhinitis, intranasal corticosteroids, drug safety, differential diagnosis.