

Nghiên cứu

Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật điều trị bệnh lý nứt kẽ hậu môn mạn tính

Nguyễn Đoàn Văn Phú^{1*}, Dương Hồ Thảo Nhi²

¹Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế
²Bác sĩ nội trú Ngoại, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

*Tác giả liên hệ (Corresponding author): Nguyễn Đoàn Văn Phú; Email: ndvp@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 15/04/2026; Ngày duyệt đăng (Accepted): 05/06/2026; Ngày xuất bản (Published): 18/06/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.S-1.31

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nứt kẽ hậu môn là bệnh lý ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Bên cạnh điều trị nội khoa trong giai đoạn cấp tính, đối với các vết nứt kẽ hậu môn mạn tính, phẫu thuật cắt cơ thắt trong kiểu kín cho kết quả rất tốt.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả và theo dõi dọc được thực hiện trên 19 bệnh nhân đã được chẩn đoán nứt kẽ hậu môn mạn tính. Thời gian nghiên cứu từ 01/01/2024 đến 01/04/2026. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật được thu thập và phân tích.

Kết quả: Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là chảy máu hậu môn (78,9%) và đau liên quan đến đại tiện (100%). Nứt kẽ hậu môn hướng 6h chiếm tỉ lệ cao nhất (78,9%), tiếp đến là hướng 12h (42,1%). Biến chứng sớm sau mổ được ghi nhận gồm chảy máu hậu môn gặp trong 1 bệnh nhân. Khả năng tự chủ hậu môn cũng là một tiêu chí đánh giá kết quả phẫu thuật, 100% bệnh nhân đều tự chủ hậu môn bình thường tại thời điểm hậu phẫu tháng thứ 3. Điểm hài lòng trung bình của bệnh nhân là $8,21 \pm 0,86$.

Kết luận: Điều trị phẫu thuật trong bệnh nứt kẽ hậu môn mạn có kết quả tốt.

Từ khoá: Nứt kẽ hậu môn; chảy máu hậu môn; đau hậu môn liên quan đại tiện; phẫu thuật cắt cơ thắt trong kiểu hở; phẫu thuật cắt cơ thắt trong kiểu kín; tự chủ hậu môn.

Early outcomes of surgical treatment for chronic anal fissure

Nguyen Doan Van Phu¹ Duong Ho Thao Nhi²

¹Department of Surgery, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

²Surgical Resident, Hue University of Medicine and Pharmacy

Abstract

Background: Anal fissures significantly affect the quality of life of patients. Besides medical treatment in the acute phase, for chronic anal fissures, closed sphincterotomy surgery has very good results.

Objective: To evaluate the early outcomes in patients undergoing surgical treatment at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital.

Methods: A descriptive and longitudinal study was conducted on 19 patients diagnosed with chronic anal fissure. The study period is from January 1, 2024 to April 1, 2026. Clinical and paraclinical characteristics as well as surgical outcomes were collected and analyzed.

Results: The most common clinical manifestations were anal bleeding (78.9%) and defecation-related pain (100%). Posterior fissures (6 o'clock position) were the most prevalent (78.9%), followed by anterior fissures (12 o'clock position) (42.1%). Early postoperative complications included anal bleeding in 01 patient. Anal continence, an important outcome measure, was preserved in all patients (100%) at the 3-month postoperative follow-up. The mean of patient satisfaction score was 8.21 ± 0.86 .

Conclusions: Surgical treatment for chronic anal fissures has good results.

Keywords: Anal fissure; anal bleeding; defecation-related anal pain; lateral internal sphincterotomy; anal continence.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nứt kẽ hậu môn là bệnh lý đặc trưng bởi vết rách hình oval hoặc hình bầu dục ở niêm mạc ống hậu môn, thường nằm vị trí từ rìa hậu môn lên tới đường

lược [1]. Chẩn đoán xác định bệnh lý nứt kẽ hậu môn thường dễ dàng thông qua khai thác triệu chứng nổi bật như đau trong và sau khi đại tiện, đại tiện ra máu đỏ tươi kết hợp thăm khám lâm sàng quan sát

thấy hình ảnh vết loét ở vùng hậu môn. Các vết loét mạn khiến bệnh nhân đau nhiều khi đại tiện, đau kéo dài sau đại tiện gây cảm giác sợ đại tiện, làm tăng nguy cơ táo bón và hình thành vòng xoắn bệnh lý [2]. Điều này đặt ra yêu cầu điều trị nứt kẽ hậu môn gồm không chỉ giải quyết vết loét mà còn mang tính hiệu quả lâu dài nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau này.

Nguyên nhân dẫn tới nứt kẽ hậu môn chủ yếu là do tăng trương lực cơ thắt trong hậu môn. Hiện nay, nhiều phương pháp điều trị nứt kẽ hậu môn đang được thử nghiệm và cho thấy kết quả khả quan. Điều trị nứt kẽ hậu môn mạn bằng phẫu thuật cho kết quả rất tốt, hiệu quả lâu dài và ít biến chứng, theo Baranski phương pháp cắt bên cơ thắt trong kiểu kín điều trị lành vết loét lên đến 98,8% [3]. Nhiều nghiên cứu ở Việt Nam cũng cho thấy kết quả tương tự, Trịnh Hồng Sơn và Đỗ Đức Văn đánh giá 6 trên 9 bệnh nhân được cắt cơ thắt trong phía sau có kết quả cải thiện rất tốt [4]. Những kết quả trên cho thấy phẫu thuật có thể điều trị dứt điểm nứt kẽ hậu môn. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá kết quả sớm ở bệnh nhân được điều trị và phẫu thuật tại Bệnh viện Trường Đại học Y – Dược Huế.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định nứt kẽ hậu môn tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Phân loại	n	%
Giới tính	Nam	6	31,6
	Nữ	13	68,4
Yếu tố nguy cơ	Táo bón	19	100
	Sinh nở	08	42,1
Tuổi	36,7 ± 10,1		

Táo bón là yếu tố nguy cơ chiếm tỉ lệ cao nhất (100%).

3.2. Triệu chứng cơ năng

Bảng 2. Các triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	n	%(N = 19)
Chảy máu	15	78,9
Đau hậu môn	19	100
Chảy dịch	8	42,1
Ngứa hậu môn	7	36,8

2 triệu chứng chính của nhóm nghiên cứu là đau hậu môn liên quan đại tiện (100%) và chảy máu hậu môn (78,9%).

- Bệnh nhân có điểm ASA 1 - 3.

*Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có nứt kẽ hậu môn là triệu chứng của bệnh lý khác: Crohn, giang mai, HIV, lao, bệnh bạch cầu, viêm loét đại tràng,...; bệnh nhân có phẫu thuật điều trị nứt kẽ hậu môn và cùng lúc có phẫu thuật điều trị thêm bệnh lý khác như trĩ, rò hậu môn.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc.

- Bệnh nhân được chẩn đoán nứt kẽ hậu môn mạn, được hội chẩn chỉ định phẫu thuật. Bệnh nhân được gây tê tủy sống hoặc gây tê tại chỗ và được cắt cơ thắt trong theo phương pháp mở hoặc kín. Bệnh nhân sau mổ sẽ được hướng dẫn chăm sóc vết thương tại chỗ, hướng dẫn về ăn uống sinh hoạt chống táo bón.

- Các thông số nghiên cứu: Tuổi, giới, các yếu tố nguy cơ, thời gian mắc bệnh, các triệu chứng của bệnh nhân, mức độ đau trước phẫu thuật được tính theo thang điểm VAS, các biến chứng sau mổ, thời gian liền thương, đánh giá mức độ tự chủ theo phân loại của Packs, mức độ hài lòng sau phẫu thuật.

- Thời gian nghiên cứu: từ 01/01/2024 đến 01/04/2026.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Ngoại tiêu hoá, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, số: H2025/220, ngày chấp thuận: ngày 13 tháng 5 năm 2025.

Bảng 3. Mức độ đau hậu môn, thời gian điều trị nội khoa

VAS	6,7 ± 0,7	Thấp nhất	6
		Cao nhất	8
Điều trị nội khoa (tháng)	20,2 ± 14,0	Thấp nhất	6
		Cao nhất	60

Thời gian điều trị nội khoa trung bình trước khi phẫu thuật của nhóm đối tượng là 20,2 ± 14,0 tháng.

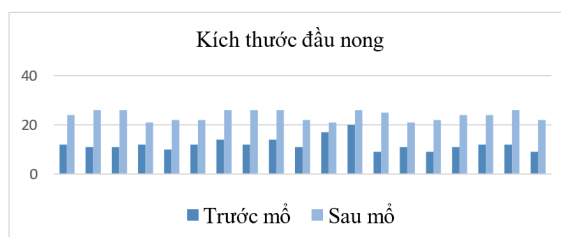
3.3. Hình thái nứt kẽ hậu môn

Bảng 4. Hình thái nứt kẽ hậu môn

Số lượng vết nứt	n	% (N = 19)
1	14	73,7
2	5	26,3
Vị trí		
6 h	15	78,9
12 h	8	42,1
3 h	1	5,3
Nhú phì đại hậu môn	18	94,7

Nứt kẽ hậu môn thường gặp ở 2 vị trí là 6 h và 12 h, trong đó vị trí 6 h chiếm ưu thế (78,9%) hơn vị trí 12h (42,1%). Có 01 bệnh nhân có vết nứt ở vị trí 3h. Số bệnh nhân có tổn thương nhú phì đại hậu môn kèm theo là 18/19.

3.4. Kết quả phẫu thuật

**Biểu đồ 2.** Kích thước đầu nong hậu môn tối đa trước và sau phẫu thuật

Trước khi phẫu thuật chúng tôi dùng cây nong kiểm tra cây nong nào bắt đầu gây đau hậu môn cho bệnh nhân. Và sau phẫu thuật kiểm tra cây nong tối đa mà hậu môn bệnh nhân chấp nhận được.

Bảng 5. Thời gian đau hậu môn sau phẫu thuật

Thời gian đau (tuần)	4,7 ± 1,5	Ngắn nhất	3
		Dài nhất	8

Thời gian đau trung bình sau phẫu thuật của nhóm đối tượng là 4,7 ± 1,5 tuần.

Bảng 6. Biến chứng sớm sau phẫu thuật

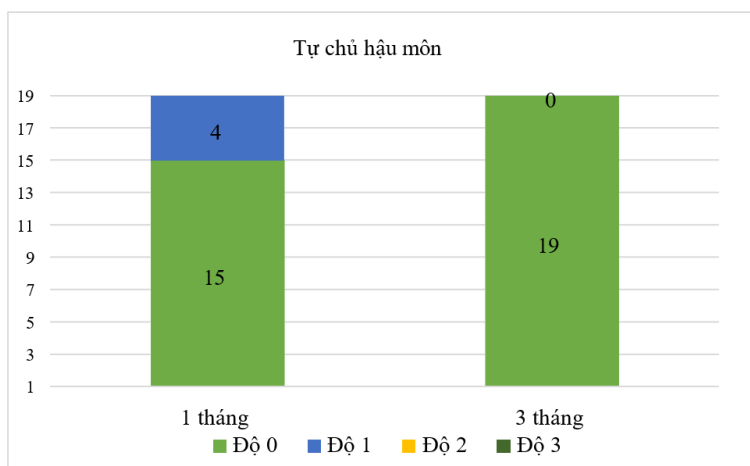
Biến chứng sớm	n	% (N = 19)
Chảy máu	1	5,3

Chỉ có 01 bệnh nhân chảy máu sau phẫu thuật cần nhập viện xử trí (điều trị nội khoa).

Bảng 7. Thời gian liền thương

Liền thương (tuần)	4,3 ± 2,1	Ngắn nhất	3
		Dài nhất	10

Thời gian lành vết mổ+vết nứt trung bình là 4,32 ± 2,11 tuần.



Biểu đồ 3. Phân độ tự chủ hậu môn hậu phẫu tháng thứ 1 và tháng thứ 3

Tại tháng thứ 1 hậu phẫu, có 04 bệnh nhân rối loạn tự chủ khí. Tại tháng thứ 3 hậu phẫu, 19/19 bệnh nhân tự chủ hậu môn bình thường.

Bảng 8. Mối tương quan giữa giới tính và tình trạng tự chủ hậu môn sau phẫu thuật

Biến số	Hệ số tương quan	p	N
Giới tính và Tình trạng tự chủ hậu môn sau phẫu thuật	0,073	0,776	19

*Trình bày dưới dạng hệ số tương quan Spearman

Không có mối tương quan giữa giới tính và tình trạng mất tự chủ hậu môn sau phẫu thuật.

Bảng 9. Mức độ hài lòng của nhóm đối tượng.

Mức độ hài lòng	8,21 ± 0,86	Thấp nhất	6
		Cao nhất	9

Điểm hài lòng trung bình của nhóm đối tượng sau điều trị phẫu thuật là 8,21 ± 0,86.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nhóm nghiên cứu, tỷ lệ nứt kẽ gặp ở nữ nhiều hơn nam (68,4% so với 31,6%) và tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 36,74 ± 10,11. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Trịnh Hồng Sơn và Đỗ Đức Vân cùng được thực hiện trên quần thể người Việt Nam [4] hoặc nghiên cứu của tác giả Gallo với tỷ lệ nữ giới mắc bệnh cao hơn nam giới ở độ tuổi dưới 50 [5].

Kết hợp với phân bố tỷ lệ của các yếu tố nguy cơ, trong đó, 19/19 bệnh nhân đều có tiền sử táo bón và 8/13 bệnh nhân nữ có tình trạng nứt kẽ nặng nề hơn sau sinh nở.

Các kết quả trên đã ủng hộ cho thuyết cơ học trong sinh lý bệnh nứt kẽ, nữ giới có yếu tố nguy cơ liên quan đến quá trình mang thai và sinh nở đã gia tăng áp lực lên tầng sinh môn cũng như làm nặng nề tình trạng táo bón ở nhóm đối tượng này so với nam giới. Corby và cộng sự thực hiện nghiên cứu về ảnh hưởng của cuộc đẻ lên vùng sản chậu hông và hậu môn trực tràng, kết quả cho thấy 29/104 sản phụ

được chẩn đoán xác định nứt kẽ hậu môn lần đầu [6]. Các thủ - phẫu thuật lên tầng sinh môn trong sinh nở cũng là một yếu tố nguy cơ quan trọng.

Tuy nhiên, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tất Trung cho thấy tỷ lệ nam mắc bệnh nhiều hơn nữ (73,4% so với 24,5%) trong cỡ mẫu n = 175 [7]. Trên thế giới cũng có các nghiên cứu của tác giả Erhan Aysan [8] hoặc Antonio [9] đều có tỷ lệ nam giới mắc bệnh cao hơn. Điều đó đặt ra câu hỏi liệu sự khác biệt này do cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi (n=19) còn quá ít.

4.2. Triệu chứng cơ năng

Trong các triệu chứng cơ năng, đau hậu môn liên quan đại tiện và chảy máu hậu môn là 2 triệu chứng thường gặp.

Đặc điểm này thống nhất với hầu hết các nghiên cứu chung chủ đề, ví dụ như Antonio [9] với tỷ lệ đau hậu môn là 92,5%, tác giả Phạm Phúc Khánh [10] có tỷ lệ là 97,7%. Điểm VAS trung bình trước mổ là 6,74 ± 0,73, điều này cho thấy mức độ đau của bệnh lý nứt kẽ thuộc nhóm trung bình – cao, khiến cho bệnh nhân sợ việc đại tiện, làm tăng nguy cơ táo bón và

hình thành vòng xoắn bệnh lý. Một nghiên cứu khác của tác giả Trần Minh Tiến và Nguyễn Văn Hiên cũng cho kết quả tương tự với điểm VAS trung bình là $5,85 \pm 1,6$ [11].

Chảy máu hậu môn trong nứt kẽ chủ yếu là lượng ít, không ảnh hưởng huyết động nhưng vẫn là vấn đề lo lắng thường được bệnh nhân ghi nhận. Trong nghiên cứu chúng tôi, chảy máu quanh phân chiếm 68,4%, chảy máu dính đáy quần chiếm 15,8%.

Rỉ dịch và ngứa hậu môn là hậu quả của quá trình viêm và nhiễm trùng vết nứt kẽ. Tỷ lệ chảy dịch và ngứa hậu môn trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của các tác giả khác (42,1% - 36,8% so với 15,1% - 9,3% của Phạm Phúc Khánh [10], 50% số bệnh nhân ngứa hậu môn trong nghiên cứu của Antonio [9]). Vì vậy, trong quá trình thăm khám, nếu bệnh nhân có biểu hiện rỉ dịch và ngứa hậu môn, bác sĩ lâm sàng cũng cần cảnh giác bệnh lý nứt kẽ hậu môn bên cạnh các bệnh lý hậu môn phổ biến khác như trĩ, rò hậu môn.

4.3. Hình thái nứt kẽ hậu môn

Đa số bệnh nhân (14/19) chỉ có độ nhất 01 vết nứt kẽ hậu môn.

Nứt kẽ vị trí 6h thường gặp nhất (78,9%), điều này cũng phù hợp với đặc điểm giải phẫu của vùng Brick là điểm yếu của thành sau ống hậu môn [1]. Vị trí có thể gặp nứt kẽ khác là 12h (42,1%).

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Antonio [9] (75% > 25%), Erhan [8] (93,1% > 6,9%) và Phạm Phúc Khánh [10] (69,8% > 30,2%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 94,7% có phì đại nhú hậu môn. So sánh với các nghiên cứu của Antonio với 70% bệnh nhân có u nhú phía ngoài, Phạm Phúc Khánh với 62,8% có u nhú trong và 19,8% có u nhú ngoài.

4.4. Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật điều trị nứt kẽ hậu môn dựa vào các yếu tố sau: biến chứng sớm sau mổ, mức độ chặt của hậu môn sử dụng bộ nong, quá trình liền vết thương cũng như mức độ tự chủ hậu môn tại các thời điểm tái khám 1 tháng và 3 tháng hậu phẫu.

Phương pháp phẫu thuật chúng tôi thực hiện trong nghiên cứu gồm: 17/19 ca cắt cơ thắt trong kiểu kín của Notaras và 2/19 ca cắt cơ thắt trong kiểu mở của Parks.

Chúng tôi khảo sát mức độ chặt của hậu môn sử dụng bộ nong, tất cả bệnh nhân đều cải thiện về đường kính cây nong sau phẫu thuật, việc giảm trương lực cơ cải thiện tuần hoàn tại chỗ giúp mau lành vết thương cũng như hỗ trợ việc đại tiện thuận lợi hơn.

Trong quá trình theo dõi hậu phẫu, 100% bệnh nhân vẫn còn đau hậu môn, triệu chứng đau có thể là phối hợp giữa triệu chứng đau vốn có của nứt kẽ và kỹ thuật phẫu thuật. Tuy nhiên, điểm VAS trung bình sau phẫu thuật của bệnh nhân $3,16 \pm 1,07$, giảm nhiều so với con số $6,74 \pm 0,73$ trước phẫu thuật. Nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật cắt cơ thắt trong bán phần phía bên cũng cho ra kết quả tương tự về hiệu quả giảm đau nhanh chóng [12], [13], [16]. Việc giảm mức độ đau rất quan trọng, giúp giải quyết vấn đề nín đại tiện cũng như táo bón, phá vỡ được vòng xoắn bệnh lý. Thời gian đau sau phẫu thuật của nhóm đối tượng là $4,74 \pm 1,5$ tuần, thời gian này tương đương với thời gian liền thương trung bình.

Về biến chứng chảy máu hậu phẫu, chỉ ghi nhận 1/19 bệnh nhân có chảy máu lượng vừa, tuy chưa ảnh hưởng huyết động nhưng cần nhập viện trở lại để theo dõi. Chúng tôi xử trí bằng cách kiểm tra cầm máu kỹ lại vị trí cắt cơ, vị trí cắt u nhú phì đại và bản thân vết nứt kẽ, kết hợp băng ép vết thương và vệ sinh chăm sóc sau mổ. Triệu chứng chảy máu của bệnh nhân cải thiện dần trong 1 tuần. Một nghiên cứu khác của Valiyeva và cộng sự cũng ghi nhận 28/422 bệnh nhân chảy máu kéo dài sau phẫu thuật (trong trung bình 4 ngày) [12].

Thời gian liền thương trung bình của nhóm đối tượng là $4,32 \pm 2,11$ tuần. Kết quả trên không quá khác biệt với các đề tài thực hiện chung phương pháp phẫu thuật, cụ thể như: Nissm Hananet cho thấy tỷ lệ liền sẹo sau 01 tháng là 84,3% trên 291 bệnh nhân [14], Trần Minh Tiến và Nguyễn Văn Hiên cho kết quả 88% bệnh nhân liền thương sau 4 tuần đầu tiên [11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được 04 bệnh nhân (21,1%) (trong đó tỷ lệ nữ so với nam là 3/1) mất tự chủ với khí tại tháng thứ 1 hậu phẫu và cải thiện hoàn toàn sau 2 tháng. Nghiên cứu của tác giả Phạm Phúc Khánh cũng ghi nhận 3 trường hợp (9,1%) trong nhóm bệnh nhân được phẫu thuật cắt kín cơ thắt trong mất tự chủ với khí [10], Nissm thấy 0,2% (2/291 bệnh nhân) mất tự chủ với khí sau phẫu thuật tương tự [14]. Tóm lại, mất tự chủ hậu môn luôn là biến chứng cần theo dõi kỹ ở các bệnh nhân nứt kẽ hậu môn được điều trị ngoại khoa nhằm kịp thời can thiệp khi không có sự tiến triển.

Một vấn đề khác cũng cần được lưu ý rằng có sự khác biệt giữa hai giới liên quan đến khả năng mất tự chủ hậu môn sau phẫu thuật hay không? Nghiên cứu của Murad-Regadas và cộng sự trên 63 phụ nữ cho ra kết quả một nửa gặp biến chứng són phân sau phẫu thuật [15]. Nghiên cứu của Valiyeva cũng cho thấy tình trạng són phân nhẹ gặp ở nữ giới so với

nam giới ($p < 0,001$) [12]. Nghiên cứu của chúng tôi ra kết quả không có mối tương quan, tuy nhiên với cỡ mẫu quá ít, đây vẫn là câu hỏi cần được lưu ý và nghiên cứu thêm.

Chúng tôi đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân trên thang điểm 10, kết quả trung bình là $8,21 \pm 0,86$ điểm với việc giảm rõ rệt mức độ đau và chảy máu hậu môn, vấn đề đại tiện được cải thiện cũng góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật.

Tuy nhiên nghiên cứu chúng tôi còn một số hạn chế do số lượng bệnh nhân theo dõi chưa nhiều

5. KẾT LUẬN

Bệnh lý nứt kẽ hậu môn mạn tính là bệnh lý ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Phẫu thuật cắt cơ thắt trong giúp cải thiện triệu chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, hướng đến trở thành phương án điều trị triệt để bệnh lý nứt kẽ hậu môn mạn.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Các tác giả tuyên bố không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hyman N, Umanskiy K. Anal fissure. In: Townsend CM Jr, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, editors. Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice. 21st ed. Philadelphia: Elsevier; 2021. p. 1407-8.
2. Nguyễn Ngọc Đan, Phạm Đức Huấn, Đoàn Quốc Hưng. Bệnh nứt kẽ hậu môn. Bệnh học ngoại khoa Tiêu Hoá Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, 2021, tr.695-703.
3. M. Z. Sabuncuoglu, I. Sozen, İ. Zihni, G. Celik, B. Turan, S. Acar et al. Comparative Analysis of Open and Closed Sphincterotomy for the Treatment of Chronic Anal Fissure: Safety and Efficacy Evaluation. Med Sci Monit. 2024 Apr 29;30.
4. Trịnh Hồng Sơn, Đỗ Đức Vân. Nứt kẽ hậu môn: chẩn đoán và điều trị 42 trường hợp. Tạp chí Ngoại khoa. 1996;(2):26-32.
5. Gallo G, Pegoraro V, Trompetto M. Description and management of patients with anal fissure: insights on Italian primary care setting coming from real-world data. Updates Surg. 2024;76:2193-203.
6. M Wiley, P Day, N Rieger, J Stephens, J Moore. Open vs closed lateral internal sphincterotomy for idiopathic fissure in ano: A prospective, randomized, controlled trial. Dis Colon Rectum 2002, 47, 847-852.
7. Nguyễn Tất Trung. Đánh giá kết quả điều trị bệnh nứt kẽ hậu môn cấp bằng thủy châm kết hợp day ấn cơ tròn trong. Tạp chí Nghiên cứu Y Dược cổ truyền Việt Nam. 2003;10:45-50.
8. Aysan E, Aren A, Ayar E. A prospective, randomized,

controlled trial of primary wound closure after lateral sphincterotomy. Am J Surg. 2004;187:291-4.

9. Renzi A., Bruscianno L., Pescatori M., Izzo D., Napoletano V., Rossetti G. et al. Pneumatic balloon dilatation for chronic anal fissure: A prospective, clinical, endosonographic, and manometric study. Diseases of the Colon & Rectum 2005, 48(1), 121-126.

10. Phạm Phúc Khánh, Nguyễn Xuân Hùng. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật bệnh nứt kẽ hậu môn tại Bệnh viện Việt Đức năm 2010-2015 [luận văn thạc sĩ]. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2015.

11. Trần Minh Tiền, Nguyễn Văn Hiên. Kết quả điều trị bệnh nứt hậu môn mạn tính bằng phương pháp cắt bên cơ thắt trong kiểu kín tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2020-2022. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2022;52:22-30.

12. Valiyeva S, Cofini V, Rizza V, Muselli M., Pietroletti R. Outcome of lateral internal sphincterotomy for anal fissure in a retrospective cohort of patients. Updates Surg 2026 Feb 5.

13. Jin JZ, Bhat S, Park B, Hardy MO, Unasa H, Mauiliu-Wallis M, et al. A systematic review and network meta-analysis comparing treatments for anal fissure. Surgery. 2022;172(1):41-52.

14. Nguyễn Đức Tuynh. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nứt kẽ hậu môn tại Bệnh viện Việt Đức từ năm 1995-2006 [luận văn thạc sĩ]. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2006.

15. Murad-Regadas SM, Regadas FSP, Dias Mont'Alverne RE, da Silva Fernandes GO, de Souza MM, Frota NA, et al. Impact of internal anal sphincter division on continence disturbance in female patients. Dis Colon Rectum 2023, 66(12).

16. J M Sutherland, A Karimuddin, G Liu , T Crump, H Akbar, T Phang et al. Health and quality of life among a cohort of patients having lateral internal sphincterotomy for anal fissures. Colorectal Dis. 2020, 22(11):1658–1665.