

NÚT HẬU MÔN (ANAL FISSURE)

Anne Walsh, MMSc, PA-C, DFAAPA • Jennifer Grumet, MD • Lisa Hertz, MD

TỔNG QUAN

MÔ TẢ

Nứt hậu môn (fissure in ano): là một vết rách dọc ở lớp niêm mạc ống hậu môn, nằm ở phía dưới đường lược, thường gặp nhất ở vị trí đường giữa phía sau; đặc trưng bởi cảm giác đau rất như dao cắt khi đi đại tiện, thường kèm theo chảy máu đỏ tươi qua trực tràng. Đây là bệnh lý hậu môn-trực tràng lành tính, thường gặp, hay bị nhầm lẫn với bệnh trĩ; có thể ở giai đoạn cấp tính hoặc mạn tính (kéo dài trên 4–8 tuần) và có thể kèm theo nhú phì đại (hypertrophic papilla) và mấu da thừa cạnh góc (sentinel pile - skin tag).

DỊCH TỄ HỌC

- Gặp ở mọi lứa tuổi. Thường gặp ở trẻ nhũ nhi 6–24 tháng tuổi; ít gặp ở trẻ lớn hơn — nếu gặp cần nghi ngờ lạm dụng hoặc chấn thương; ít gặp hơn ở người cao tuổi do áp lực nghỉ trong ống hậu môn thấp hơn.
- Giới tính: nam = nữ; nữ giới có xu hướng bị nứt ở đường giữa phía trước nhiều hơn (25%) so với nam giới (8%).

Tỷ lệ mắc mới: Chưa xác định chính xác (1). Bệnh nhân thường tự điều trị bằng các biện pháp tại nhà và không đi khám.

Tỷ lệ hiện mắc:

- 80% ở trẻ nhũ nhi, thường tự khỏi.
- 10–20% ở người lớn, đa số không đi khám.

⚠ CẢNH BÁO — Nứt hậu môn thứ phát:

- Nứt bên (lateral fissure): cần loại trừ bệnh nhiễm trùng.
- Nứt không điển hình (atypical fissure): cần loại trừ bệnh Crohn.

NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

Áp lực nghỉ cao trong ống hậu môn (thường do táo bón/rặn mạnh) kết hợp với giảm tưới máu vùng ống hậu môn phía sau dẫn đến thiếu máu cục bộ ở lớp da hậu môn (anoderm), gây rách niêm mạc hậu môn khi đại tiện và co thắt cơ thắt trong bị lộ ra.

Di truyền: Chưa ghi nhận yếu tố di truyền.

YẾU TỐ NGUY CƠ

- Táo bón (25% bệnh nhân)
- Tiêu chảy (6% bệnh nhân)
- Đi phân cứng hoặc kích thước lớn
- Chế độ ăn ít chất xơ
- Áp lực nghỉ cao của cơ thắt trong hậu môn (ngồi lâu, béo phì)
- Chấn thương (quan hệ tình dục hoặc lạm dụng, dị vật, sinh con, đạp xe địa hình)
- Tiền sử phẫu thuật hậu môn có sẹo/hẹp
- Bệnh viêm ruột (bệnh Crohn)
- Nhiễm trùng (chlamydia, giang mai, herpes, lao)

PHÒNG NGỪA CHUNG

Áp dụng mọi biện pháp phòng ngừa táo bón; tránh rặn mạnh và ngồi bồn cầu lâu.

CÁC BỆNH LÝ THƯỜNG ĐI KÈM

- Vị trí đường giữa phía sau: táo bón, hội chứng ruột kích thích
- Vị trí khác/nhiều vị trí: bệnh Crohn, lao, bệnh bạch cầu, và HIV

CHẨN ĐOÁN

BỆNH SỬ

- Đau trực tràng dữ dội, nhói, thường xảy ra trong và sau khi đại tiện nhưng cũng có thể liên tục; máu đỏ tươi dính trên phân hoặc khi lau.
- Đôi khi có ngứa hậu môn hoặc kích ứng vùng quanh hậu môn.

KHÁM THỰC THỂ

- Nhẹ nhàng banh hai bên mông và quan sát kỹ vùng rìa hậu môn sẽ thấy một vết rách mềm, bờ trơn nhẵn ở lớp da hậu môn, thường ở đường giữa phía sau, đôi khi ở đường giữa phía trước, hiếm khi lệch khỏi đường giữa. Thăm khám trực tràng bằng tay và soi hậu môn gây đau, có thể trì hoãn nếu quan sát đã đủ để xác định chẩn đoán.
- Có thể thấy phù nề, đỏ da hoặc chảy máu nhẹ.

- Nứt mạn tính có thể có bờ cuộn, lộ sợi cơ, nhú phì đại ở đầu gần và mẩu da thừa cạnh góc ở đầu xa.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Trĩ ngoại huyết khối: khối sưng đau ở rìa hậu môn
- Áp xe quanh trực tràng: vùng cứng, ấm, đỏ, đau khi ấn hoặc có dấu hiệu phập phều
- Rò hậu môn: đường thông bất thường giữa trực tràng và da quanh hậu môn, có dịch phân hoặc mủ chảy ra
- Ngứa hậu môn (pruritus ani): trầy xước nông và đỏ da hơn là vết nứt thật sự

XÉT NGHIỆM & CẬN LÂM SÀNG

Thủ thuật chẩn đoán khác:

- Tránh soi hậu môn/soi đại tràng sigma ban đầu trừ khi cần thiết để chẩn đoán bệnh khác hoặc trường hợp nứt mạn tính.
- Do đau nhiều, một số bệnh nhân có thể cần khám dưới gây mê để xác định chẩn đoán.

ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu điều trị là ngăn ngừa tái rách niêm mạc hậu môn dẫn đến co thắt cơ thắt trong, bằng cách giảm trương lực cơ thắt cao của bệnh nhân và giải quyết nguyên nhân nền.

CÁC BIỆN PHÁP CHUNG

- Rửa sạch nhẹ nhàng vùng hậu môn bằng nước ấm; ăn chế độ nhiều chất xơ; uống nhiều nước; bổ sung chất xơ hàng ngày; tránh táo bón; duy trì cân nặng hợp lý.
- Điều trị nội khoa cho nứt mạn tính thường được bắt đầu theo từng bước khi cần: thuốc nitrat bôi tại chỗ, thuốc chẹn kênh canxi bôi tại chỗ, tiêm độc tố botulinum.

THUỐC ĐIỀU TRỊ

Bậc một (điều trị đầu tay) Nứt cấp tính — 50% sẽ tự lành với các biện pháp hỗ trợ (1)[B].

- Thuốc làm mềm phân (docusate) uống hàng ngày
- Thuốc nhuận tràng thẩm thấu (polyethylene glycol) uống khi cần
- Bổ sung chất xơ (psyllium, methylcellulose, inulin) uống hàng ngày, kết hợp uống nhiều nước
- Thuốc giảm đau tại chỗ (gel lidocaine 2% hoặc kem 3%) 2–3 lần/ngày để giảm đau
- Chất bôi trơn/làm mềm tại chỗ (dung dịch Balneol, mỡ glycerin, sáp vaseline) để dễ chịu khi đại tiện
- Kem hydrocortisone 1% dùng ngắn hạn để giảm viêm/ngứa

- Ngâm nước ấm (sitz bath — ngâm vùng đáy chậu trong nước ấm-nóng, không thêm gì khác) 10–20 phút, 2–3 lần/ngày sau khi đi đại tiện

Bậc hai Nứt mạn tính — sẽ không tự lành nếu không điều trị, do cơ thắt cơ thắt trong kéo dài và thiếu máu cục bộ (2):

- **Cắt cơ thắt bằng hóa chất (chemical sphincterotomy) — điều trị đầu tay:**
 - Thuốc mỡ nitroglycerin bôi tại chỗ 0,2–0,4%, bôi 2 lần/ngày; dạng thương mại nitroglycerin 0,4% (Rectiv): hiệu quả lành vết thương cao hơn giả dược một cách có ý nghĩa nhưng không nhiều (48,6% so với 37%); tỷ lệ tái phát muộn thường gặp (50%) (2); làm giảm áp lực nghỉ hậu môn thông qua giải phóng oxit nitric và giãn mạch. Tác dụng phụ chính là đau đầu, hạ huyết áp, chóng mặt (20–30%).
 - Thuốc chẹn kênh canxi bôi tại chỗ (gel nifedipine 0,2–0,3%, mỡ diltiazem 2%), bôi 2–4 lần/ngày, giúp giãn cơ thắt trong, từ đó giảm áp lực nghỉ hậu môn; hiệu quả lành thương không hơn nitrat nhưng ít tác dụng phụ hơn (1)[C]. Thuốc chẹn kênh canxi đường uống cho tỷ lệ lành thương thấp hơn, nhiều tác dụng phụ hơn, và tỷ lệ tái phát tương đương (3)[A].
 - Độc tố botulinum (Botox) 4 mL (20 đơn vị) tiêm vào cơ thắt trong: hiệu quả không hơn nitrat bôi tại chỗ nhưng ít tác dụng phụ hơn; ức chế giải phóng acetylcholine từ đầu tận thần kinh để ức chế co thắt cơ (4)[C].
 - Gel minoxidil 5% bôi tại chỗ cho kết quả lành thương tốt hơn và nhanh hơn so với glyceryl trinitrate bôi tại chỗ trong một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng quy mô nhỏ (5).

CHỈ ĐỊNH CHUYỂN TUYẾN

- Triệu chứng kéo dài dù đã điều trị nội khoa, thường thử trong 90–120 ngày trước khi chuyển đến bác sĩ phẫu thuật đại trực tràng. Một số bệnh nhân nứt mạn tính chọn lọc có thể được chuyển thẳng đến điều trị phẫu thuật do tỷ lệ lành thương vượt trội đã được chứng minh (1)[C].
- Tái phát muộn, thường gặp (50%), đặc biệt nếu vấn đề nền không được điều trị (táo bón, hội chứng ruột kích thích).
- Nứt thứ phát (nghỉ ngơi do nhiễm trùng hoặc bệnh viêm ruột).

CÁC LIỆU PHÁP BỔ SUNG

Hỗ trợ vùng cắt-hậu môn (ghế ngồi vệ sinh cải tiến) có thể mang lại một số lợi ích trong nứt hậu môn mạn tính để tránh phẫu thuật.

PHẪU THUẬT/CÁC THỦ THUẬT KHÁC

- Phẫu thuật thường dành cho trường hợp thất bại với điều trị nội khoa.
- **Cắt cơ thắt trong bên (Lateral Internal Sphincterotomy - LIS)** là thủ thuật phẫu thuật được lựa chọn (tỷ lệ lành 95%) (1)[C].
 - Nguy cơ tiểu tiện không tự chủ với phân hoặc hơi: lên đến 47% trong ngắn hạn, lên đến 15% trong dài hạn (6).

- Kỹ thuật mổ mở và mổ kín cho kết quả tương đương và đều được chấp nhận (1)[C].
- Có thể thực hiện lại đối với các trường hợp tái phát với kết quả tương tự (1)[C].
- Thường không thực hiện ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản do tăng nguy cơ không tự chủ đại tiện, có hoặc không kèm chấn thương sản khoa sau đó (1).
- **Vật da niêm (anocutaneous flap)** là giải pháp thay thế an toàn cho LIS ở bệnh nhân không tăng trương lực hậu môn, ít gây tiểu tiện không tự chủ hơn nhưng tỷ lệ lành thương thấp hơn (1)[B].
- **Tiêm độc tố botulinum** cũng là điều trị đầu tay; hiệu quả thấp hơn (tỷ lệ lành 60–80%) so với phẫu thuật nhưng ít biến chứng hơn (4)[C].
 - Nguy cơ không tự chủ với phân hoặc hơi: 18% trong ngắn hạn, không có trong dài hạn.
 - Có thể tiêm lại khi cần với hiệu quả tương đương; liều thấp hiệu quả tương đương liều cao nhưng tỷ lệ biến chứng thấp hơn, bao gồm cả không tự chủ và tái phát (7)[A].
 - Liều cao kết hợp với cắt bỏ vết nứt (fissurectomy) có thể hiệu quả tương đương cắt cơ thắt bằng phẫu thuật (8)[C].
- **Nong bóng khí có kiểm soát** có thể được các bác sĩ tiêu hóa sử dụng nếu không có điều kiện chuyên phẫu thuật; không nên dùng làm điều trị đầu tay vì lợi ích chưa được chứng minh rõ ràng. Nong thủ công không kiểm soát không còn được khuyến cáo.

Y HỌC BỔ SUNG & THAY THẾ

Các liệu pháp thay thế (chiết xuất hoa dâm bụt và các loại thảo dược khác, dầu đinh hương và dầu dừa, tinh dầu, các thuốc vi lượng đồng căn và Ayurveda, tự xoa bóp hậu môn) cần thêm nghiên cứu trước khi có thể được khuyến cáo là điều trị đầu tay.

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

CHẾ ĐỘ ĂN

Nhiều chất xơ (>25 g/ngày; bổ sung thêm chất xơ hàng ngày); tăng lượng nước uống, giảm caffeine.

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

- Tránh ngồi lâu hoặc rặn mạnh khi đại tiện; uống đủ nước; tránh táo bón; giảm cân nếu béo phì.
- Tránh dùng mỡ kháng sinh phối hợp ba loại (triple antibiotic ointment) và dùng kem steroid kéo dài ở vùng hậu môn.
- Dùng bao ngón tay hoặc găng tay khi bôi thuốc mỡ nitroglycerin và bôi liều đầu tiên trước khi đi ngủ để giảm tác dụng phụ.
- Thuốc bôi tại chỗ nên được bôi trực tiếp vào rìa hậu môn; không cần đưa vào trực tràng.

TIỀN LƯỢNG

Đa số nứt hậu môn cấp tính lành trong vòng 6 tuần với điều trị bảo tồn. Điều trị nội khoa ít khả năng thành công hơn đối với nứt hậu môn mạn tính (tỷ lệ thất bại 40%) nhưng vẫn nên là điều trị đầu tay.

BIẾN CHỨNG

- Nứt mạn tính là biến chứng của nứt cấp tính không lành.
- Tái phát là biến chứng thường gặp, đặc biệt khi nguyên nhân nền không được giải quyết.
- Áp xe và hình thành rò là biến chứng ít gặp hơn.
- Không tự chủ đại tiện và hơi chủ yếu liên quan đến phẫu thuật (5–47% sau mổ), có thể trở thành vĩnh viễn (lên đến 8% trong dài hạn, chủ yếu là không tự chủ với hơi).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stewart DB Sr, Gaertner W, Glasgow S, et al. Clinical practice guideline for the management of anal fissures. *Dis Colon Rectum*. 2017;60(1):7–14.
2. Altomare DF, Binda GA, Canuti S, et al. The management of patients with primary chronic anal fissure: a position paper. *Tech Coloproctol*. 2011;15(2):135–141.
3. Sahebally SM, Ahmed K, Cerneveciute R, et al. Oral versus topical calcium channel blockers for chronic anal fissure — a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Surg*. 2017;44:87–93.
4. Wald A, Bharucha AE, Cosman BC, et al. ACG clinical guideline: management of benign anorectal disorders. *Am J Gastroenterol*. 2014;109(8):1141–1157.
5. Emile SH, Abdel-Razik MA, Elshobaky A, et al. Topical 5% minoxidil versus topical 0.2% glyceryl trinitrate in treatment of chronic anal fissure: a randomized clinical trial. *Int J Surgery*. 2020;75:152–158.
6. Acar T, Acar N, Güngör F, et al. Comparative efficacy of medical treatment versus surgical sphincterotomy in the treatment of chronic anal fissure. *Nig J Clin Prac*. 2020;23(4):539–544.
7. Lin JX, Krishna S, Su'a B, et al. Optimal dosing of botulinum toxin for treatment of chronic anal fissure: a systematic review and meta-analysis. *Dis Colon Rectum*. 2016;59(9):886–894.
8. Barnes TG, Zafrani Z, Abdelrazeq AS. Fissurectomy combined with high-dose botulinum toxin is a safe and effective treatment for chronic anal fissure and a promising alternative to surgical sphincterotomy. *Dis Colon Rectum*. 2015;58(10):967–973.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

- Fargo MV, Latimer KM. Evaluation and management of common anorectal conditions. *Am Fam Physician*. 2012;85(6):624–630.

- Gee T, Hisham RB, Jabar MF, et al. Ano-coccygeal support in the treatment of idiopathic chronic posterior anal fissure: a prospective non-randomised controlled pilot trial. *Tech Coloproctol*. 2013;17(2):181–186.
 - Sinha R, Kaiser AM. Efficacy of management algorithm for reducing need for sphincterotomy in chronic anal fissures. *Colorectal Dis*. 2012;14(6):760–764.
 - Sobrado Júnior CW, Hora JAB, Sobrado LF, et al. Anoplasty with skin tag flap for the treatment of chronic anal fissure. *Rev Col Bras Cir*. 2019;46(3):e20192181.
 - Sugerman DT. JAMA patient page. Anal fissure. *JAMA*. 2014;311(11):1171.
 - Yiannakopoulou E. Botulinum toxin and anal fissure: efficacy and safety systematic review. *Int J Colorectal Dis*. 2012;27(1):1–9.
-

MÃ BỆNH (ICD-10)

- **K60.2** — Nứt hậu môn, không xác định
 - **K60.0** — Nứt hậu môn cấp tính
 - **K60.1** — Nứt hậu môn mạn tính
-

ĐIỂM LÂM SÀNG QUAN TRỌNG

- Tránh soi hậu môn hoặc soi đại tràng sigma ban đầu trừ khi cần thiết để chẩn đoán bệnh khác.
- Cơ hội tốt nhất để ngăn ngừa tái phát là điều trị nguyên nhân nền (ví dụ: táo bón mạn tính).
- Không có liệu pháp nội khoa nào đạt được tỷ lệ khỏi bệnh gần bằng phẫu thuật đối với nứt hậu môn mạn tính.