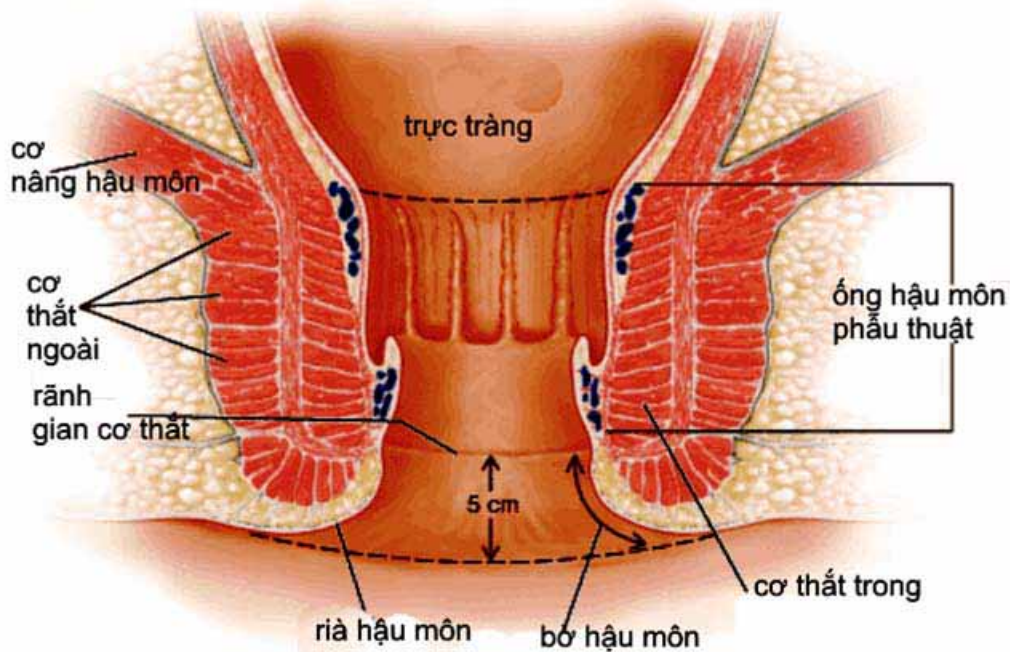


BỆNH TRĩ

1-Đại cương:

Nhắc lại giải phẫu (hình1): bề mặt ống hậu môn được chia làm ba phần (từ ngoài vào trong) là phần da, phần chuyển tiếp và phần niêm. Phần da là lớp biểu mô lát tầng không sừng hoá. Phần niêm là lớp tế bào biểu mô trụ chế tiết nhầy. Phần chuyển tiếp, giữa phần da và phần niêm, ở hai bên đường lược (là nơi có các lỗ đổ vào của ống tuyến hậu môn). Chỉ có phần da mới có các đầu tận thần kinh cảm giác.



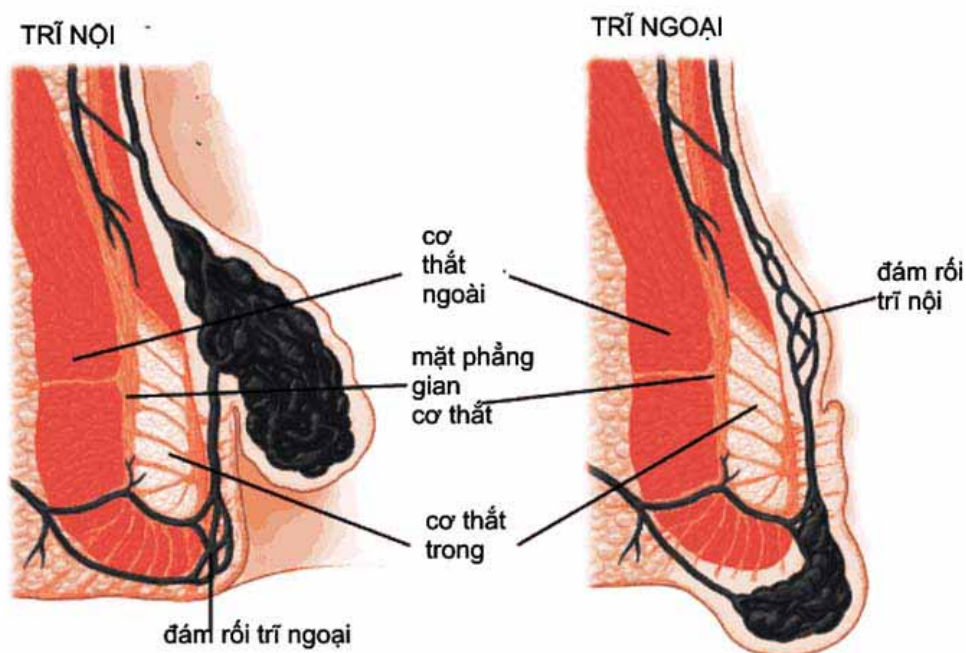
Hình 1- Giải phẫu ống hậu môn

Có nhiều giả thuyết về cơ chế bệnh sinh của bệnh trĩ. “Tám đệm hậu môn” là cơ chế được công nhận rộng rãi nhất. Tám đệm là một cấu trúc bình thường của bề mặt ống hậu môn, cấu tạo bởi các xoang tĩnh mạch, động mạch, các thông nối động-tĩnh mạch, tế bào sợi, sợi collagen, sợi thần kinh...Tám đệm có vai trò trong việc ngăn ngừa sự són phân (khi ho, rặn, tám đệm phồng lên, bít kín ống hậu môn) và sự hình thành cảm giác chủ thể (cảm giác cứng mềm, chất dịch hay hơi...). Bình thường tám đệm hơi phồng lên ở các vị trí tương ứng với xoang tĩnh mạch trĩ trên (trực tràng trên) và xoang tĩnh mạch trĩ dưới (trực tràng dưới). Các chỗ phồng này được gọi là các búi trĩ. Cần nhấn mạnh rằng các búi phồng (hay búi trĩ này) luôn hiện diện ở người bình thường (từ lúc bào thai cho đến lúc trưởng thành). Chỉ khi nào các búi trĩ gây ra triệu chứng, và BN than phiền về các triệu chứng này, chúng mới được gọi là bệnh trĩ. Nếu các xoang tĩnh mạch trĩ trên (trực tràng trên) phồng to, trĩ được hình thành ở trên đường lược và được gọi là trĩ nội. Nếu các xoang tĩnh mạch trĩ dưới (trực tràng dưới) phồng to, trĩ được hình thành ở dưới đường lược và được gọi là trĩ ngoại. Do có sự thông nối giữa hệ tĩnh mạch trĩ trên và hệ tĩnh mạch trĩ dưới, sự tăng áp lực ở xoang tĩnh mạch trĩ trên tất yếu sẽ dẫn đến sự tăng áp lực ở xoang tĩnh mạch trĩ dưới.

Các yếu tố thuận lợi để trĩ hình thành bao gồm gắng sức khi đi tiêu (đây là nguyên nhân quan trọng nhất), thai kỳ, tăng áp lực cơ thắt trong, viêm trực tràng mãn tính. Các yếu tố trên đều có chung đặc điểm là làm cho áp lực trong xoang tĩnh mạch trĩ tăng hơn mức

bình thường mỗi khi đi tiêu. Nếu hiện tượng này kéo dài, các búi trĩ “sinh lý” phồng to hơn và gây triệu chứng, dẫn đến bệnh trĩ. Các triệu chứng của búi trĩ bao gồm: sa nghẹt, chảy máu, nhiễm trùng, huyết khối. Các triệu chứng nói trên sẽ khác nhau, tùy thuộc vào búi trĩ là trĩ nội hay trĩ ngoại.

Khi thăm khám trĩ, điều quan trọng nhất là phân biệt trĩ nội và trĩ ngoại (hình 2).



Hình 2- Trĩ nội và trĩ ngoại

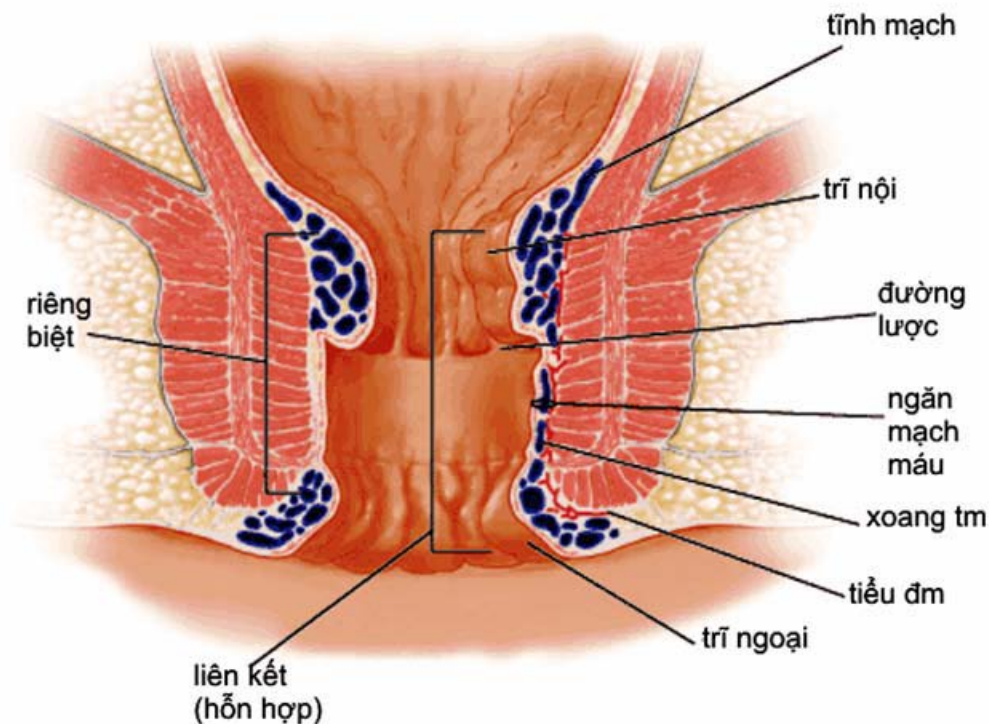
Đặc điểm của trĩ nội:

- o Xuất phát ở bên trên đường lược
- o Bề mặt là lớp niêm mạc của ống hậu môn
- o Không có thần kinh cảm giác
- o Diễn tiến và biến chứng: chảy máu, sa, nghẹt, viêm da quanh hậu môn.
- o Tùy theo diễn tiến, được phân thành bốn độ:
 - Độ 1: mới hình thành, chảy máu là triệu chứng chính
 - Độ 2: búi trĩ sa ra ngoài khi đi tiêu nhưng tự lên
 - Độ 3: búi trĩ sa ra ngoài khi đi tiêu, phải đẩy mới lên được
 - Độ 4: búi trĩ sa ra ngoài thường trực và có thể bị thắt nghẹt, dẫn đến hoại tử

Đặc điểm của trĩ ngoại:

- o Xuất phát bên dưới đường lược
- o Bề mặt là lớp biểu mô lát tầng
- o Có thần kinh cảm giác
- o Diễn tiến và biến chứng: đau (do thuyên tắc), mủ da thừa

Trĩ hỗn hợp (hình 3): khi diễn tiến lâu ngày, phần trĩ nội và phần trĩ ngoại sẽ liên kết với nhau, tạo thành trĩ hỗn hợp. Búi trĩ nội, khi đã sa tới độ 3, thường hiện diện dưới hình thái trĩ hỗn hợp.



Hình 3- Trĩ riêng biệt và trĩ hỗn hợp

Phân biệt bệnh trĩ và trĩ triệu chứng: bệnh trĩ là hậu quả của một quá trình tăng áp lực xoang tĩnh mạch trĩ kéo dài nhưng không thường xuyên. Thời điểm tăng áp lực là lúc phải gắng sức khi đi tiêu. Trĩ triệu chứng là biểu hiện của sự tăng áp lực xoang tĩnh mạch trĩ thường xuyên, do bế tắc hay huyết khối tĩnh mạch, chèn ép từ bên ngoài hay dò động-tĩnh mạch. Trong bệnh trĩ, các búi trĩ chỉ hình thành ở ống hậu môn. Còn ở BN có trĩ triệu chứng, ngoài ống hậu môn, các búi phình dẫn tĩnh mạch có thể hiện diện ở trực tràng và các tạng khác ở vùng chậu. Điều trị trĩ triệu chứng bắt buộc phải giải quyết các yếu tố nguyên nhân. Bài này không đề cập đến trĩ triệu chứng.

Trĩ là bệnh lý phổ biến. Chỉ 1/3 số BN bị trĩ cần đến sự can thiệp y khoa. Do đó khi BN đến khám, cần chú ý đến các bệnh lý khác tiềm ẩn phía sau.

Độ tuổi thường đến khám vì bệnh trĩ: 45-65 tuổi.

2-Chẩn đoán:

BN bị bệnh trĩ có thể đến khám vì các triệu chứng sau:

- Tiêu máu: tiêu máu cùng với khối sa ra ngoài hậu môn mỗi khi đi tiêu là hai triệu chứng thường gặp nhất. Triệu chứng tiêu máu có thể gây nhầm lẫn giữa bệnh trĩ với các bệnh lý khác, đặc biệt là các bệnh lý ác tính, của vùng hậu môn trực tràng. Cần nhớ rằng các búi trĩ chỉ chảy máu khi đi tiêu. BN bị bệnh trĩ tiêu máu đỏ tươi, máu thường ra sau phân và không lẫn với phân. Mức độ ra máu có thể thay đổi, từ thấm chút ít máu ở giấy vệ sinh, máu nhỏ giọt cho đến máu phun thành tia. Tiêu máu thường xuyên có thể dẫn đến thiếu máu. Thiếu máu trong bệnh trĩ thường là thiếu máu mãn. Tuy nhiên, một số ít BN có thể nhập viện trong bệnh cảnh giảm thể tích tuần hoàn (hạ huyết áp) do mất một số lượng đáng kể máu trong thời gian ngắn.

- Khối sa ra ngoài hậu môn mỗi khi đi tiêu là triệu chứng của trĩ nội. Tùy theo diễn tiến, trĩ nội sa được phân làm bốn độ, như đã trình bày ở trên. Trĩ sa độ 4 là trĩ nội hiện diện thường trực ở bờ hậu môn. Trĩ nội sa độ 4 thường bị nghẹt với nhiều mức độ khác nhau, nhẹ thì phù nề, nặng thì hoại tử. Cơ vòng hậu môn càng thắt chặt thì nguy cơ hoại tử búi trĩ nội sa độ 4 càng cao. Cần phân biệt trĩ nội sa độ 4 với trĩ ngoại. Trĩ ngoại luôn hiện diện thường trực ở rìa hậu môn và không bao giờ có nguy cơ bị nghẹt.
- Đau vùng hậu môn do trĩ sa nghẹt (trĩ nội) hay bị huyết khối (trĩ ngoại)
- Không thể làm vệ sinh sạch vùng hậu môn do có mẩu da thừa vùng hậu môn

Chẩn đoán trĩ nội chủ yếu dựa vào triệu chứng tiêu máu đỏ hay một khối sa ra ngoài sau khi đi tiêu. Quan sát vùng hậu môn ở BN có trĩ nội thường không thấy gì. Đôi khi cần phải quan sát vùng hậu môn khi BN đang ngồi rặn trên toilet. Khi thăm trực tràng, búi trĩ nội là một khối mềm, ấn xẹp, buồng phòng. Búi trĩ nội sa có màu đỏ tươi, bề mặt ướt.

Chẩn đoán trĩ ngoại, ngược lại, thường dễ dàng. Khi banh vùng hậu môn, có thể quan sát toàn bộ phần da của ống hậu môn (bên dưới đường lược). Trĩ ngoại là búi phòng có màu đỏ sẫm, bề mặt khô. Khi có huyết khối trong búi trĩ ngoại, các cục huyết khối là các nốt màu tím sẫm, ấn có cảm giác cứng chắc và làm cho BN đau. Búi trĩ ngoại bị huyết khối có thể diễn tiến xơ hoá sau 10-14 ngày, tạo thành mẩu da thừa.

Trĩ hỗn hợp: khi trĩ sa và nghẹt, chúng ta thấy búi trĩ nghẹt có hai phần: phần trên đỏ tươi và ướt, phần dưới đỏ sẫm và khô, giữa có rãnh tương ứng với đường lược. Trĩ hỗn hợp là biểu hiện của giai đoạn muộn của bệnh trĩ. Các búi trĩ hỗn hợp thường liên kết với nhau tạo thành trĩ vòng.

Bắt buộc phải soi hậu môn để chẩn đoán trĩ nội. Ống soi có diện nhìn bên. Có thể cho BN làm nghiệm pháp Valsava khi soi để đánh giá độ sa của búi trĩ.

Cần chẩn đoán phân biệt trĩ với các bệnh lý sau đây:

- Nếu BN nhập viện vì tiêu máu:
 - Ung thư trực tràng, ung thư đại tràng
 - Viêm trực tràng/ viêm đại tràng
- Nếu BN nhập viện vì đau vùng hậu môn:
 - Nứt hậu môn
 - Viêm ống hậu môn
 - Áp-xe cạnh hậu môn
 - Ung thư ống hậu môn
- Nếu BN nhập viện vì khối sa ở hậu môn:
 - Polyp ống hậu môn
 - Sa trực tràng
 - Condyloma acuminatum

Soi trực tràng ống soi mềm, soi đại tràng, hay X-quang đại tràng có thể được chỉ định để loại trừ các tổn thương khác.

3-Điều trị trĩ nội:

3.1-Điều trị bảo tồn:

Chỉ định: điều trị bảo tồn luôn được cân nhắc đến trước tiên và thực tế là một phương pháp điều trị có hiệu quả cho tất cả các BN trĩ. Tuy nhiên điều trị bảo tồn sẽ cho đáp ứng tốt nhất đối với trĩ độ 1 và 2. Thời gian đáp ứng trung bình 30-45 ngày.

Nội dung điều trị bảo tồn:

- o Ăn nhiều rau quả, uống nhiều nước, vận động thường xuyên, tránh gắng sức khi đi tiêu
- o Sử dụng các chế phẩm chất xơ qua đường uống
- o Các chế phẩm sử dụng tại chỗ (kem bôi, toa được), mặc dù được sử dụng rộng rãi, chưa chứng minh được hiệu quả rõ ràng.

3.2-Điều trị nội khoa

Các phương pháp:

- o Thắt búi trĩ bằng dây thun (hình 4): búi trĩ nội được lôi vào trong một ống hình trụ, để một vòng thắt bằng cao su xiết quanh đáy búi trĩ. Búi trĩ sẽ bị hoại tử và rụng. Thắt búi trĩ được chỉ định cho trĩ nội độ 2 và 3

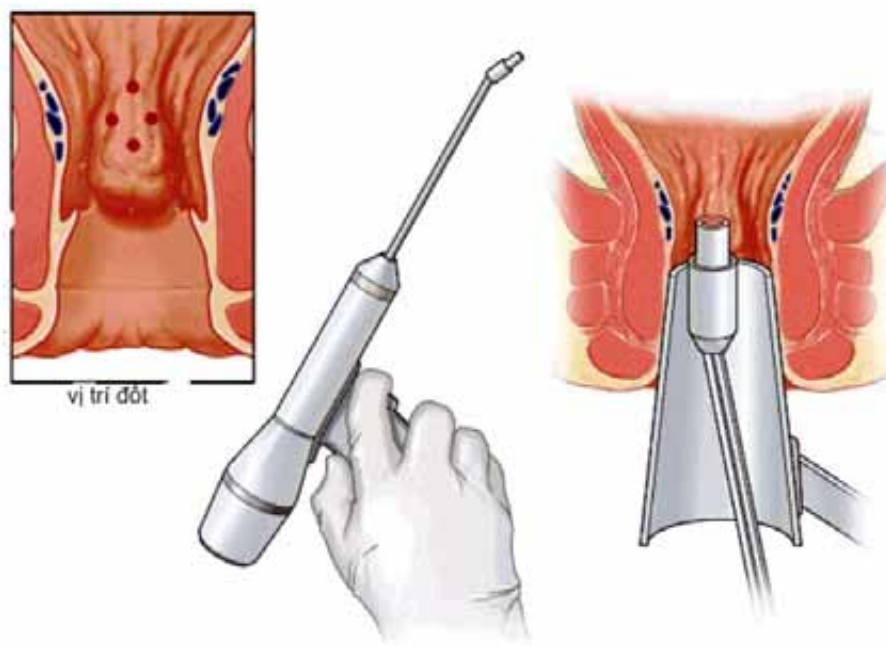


Hình 4- Kỹ thuật thắt trĩ bằng dây thun: A-xác định búi trĩ được thắt, B-lôi búi trĩ vào lòng ống hình trụ, C-thắt dây thun quanh đáy búi trĩ

- o Chích xơ búi trĩ: được chỉ định cho búi trĩ nội độ 2.
- o Huỷ búi trĩ bằng đốt nhiệt, đốt điện (bipolar), đốt lạnh (cryosurgery), đốt bằng sóng cao tần, đốt bằng tia hồng ngoại (hình 5)...Phương pháp này được chỉ định cho trĩ sa độ 2.
- o Thắt động mạch chính của búi trĩ: dùng đầu dò siêu âm Doppler dò tìm cuống mạch chính của búi trĩ, khâu cuống mạch để búi trĩ bị thiếu máu nuôi và teo dần. Phương pháp này được chỉ định cho trĩ sa độ 2-4.
- o Nong ống hậu môn (phương pháp Lord): ít được sử dụng vì tỉ lệ tái phát cao và có thể dẫn đến tổn thương cơ thắt.

Hiện nay chỉ có phương pháp thắt búi trĩ bằng dây thun là phương pháp được áp dụng rộng rãi.

Kết quả: sau thắt trĩ bằng dây thun, 30-50% BN bị tái phát sau 5-10 năm. Khi tái phát, có thể chọn phương pháp điều trị nội khoa khác hay phẫu thuật cắt trĩ.



Hình 5- Kỹ thuật đốt búi trĩ bằng tia hồng ngoại: áp đầu đốt vào búi trĩ 3-4 lần, mỗi lần 1-1,5 giây.

Biến chứng:

- o Đau: do chích xơ hay thắt dây thun nhằm búi trĩ ngoại
- o Nhiễm trùng: vùng hậu môn bình thường được cung cấp máu nuôi rất phong phú và có sức đề kháng rất tốt đối với sự nhiễm trùng. Tuy nhiên, nhiễm trùng vẫn có thể xảy ra, đặc biệt ở những người bị suy giảm chức năng miễn dịch. Đây là biến chứng đáng ngại. Trong trường hợp nặng (hoại tử Fournier), BN có thể tử vong. Để phòng ngừa biến chứng này, không chỉ định bất cứ một thủ thuật nào ở vùng hậu môn trực tràng ở BN bị suy giảm miễn dịch mà chưa có sự cân nhắc cẩn thận.
- o Chảy máu: hiếm khi xảy ra, trừ trường hợp BN có rối loạn về đông máu (xơ gan chướng hạn) hay BN đang sử dụng thuốc kháng đông.
- o Hẹp ống hậu môn: có thể là biến chứng của các phương pháp chích xơ hay huỷ búi trĩ
- o Tổn thương cơ thắt (đối với phương pháp nong hậu môn)
- o Hẹp niệu đạo (đối với phương pháp chích xơ)

3.3-Điều trị phẫu thuật:

3.3.1-Chỉ định:

Các búi trĩ nội sa độ 3, độ 4 có chỉ định phẫu thuật. Các búi trĩ sa ngệt hoại tử có thể cân nhắc phẫu thuật cấp cứu.

3.3.2-Chuẩn bị trước mổ:

Chuẩn bị trước mổ trĩ tương đối đơn giản. BN chỉ cần được thực tháo trực tràng 30-60 phút trước khi tiến hành phẫu thuật. Kháng sinh được chỉ định trước mổ cho tất cả các trường hợp.

Phương pháp vô cảm được chọn lựa là tê tại chỗ kết hợp với tiền mê tốt. BN cũng có thể được tên tuỷ sống hay tê dưới màng cứng.

Nội soi trực tràng ngay trước mổ được chỉ định cho những BN chưa được nội soi trước đó.

3.3.3-Phương pháp:

Có rất nhiều phương pháp phẫu thuật cắt trĩ. Các phương pháp đều tuân theo một số nguyên tắc nhất định.

Nguyên tắc của phẫu thuật cắt trĩ là cắt bỏ từng búi trĩ cùng với phần da niêm phủ lên trên, bảo tồn lớp cơ thắt trong nằm bên dưới. Sau khi cắt, hai mép vết thương có thể được khâu đóng hay để hở. Khâu đóng hai mép vết thương theo chiều dọc đối với búi trĩ nhỏ. Đối với búi trĩ lớn hay trĩ vòng, hai mép vết thương được khâu đóng theo chiều ngang.

Vết khâu đóng hai mép vết thương sau cắt búi trĩ có thể lành kỳ đầu nhưng thường bị hở trong vài ngày sau đó và vết thương sẽ lành kỳ hai, bằng sự tái tạo tổ chức biểu mô từ trên xuống (niêm mạc trực tràng), từ dưới lên (biểu mô lát tầng không sừng hoá) và từ các đảo biểu mô ở miệng các tuyến nhầy hậu môn.

Song song với sự tái tạo tổ chức biểu mô bình thường, mô sợi xơ cũng hình thành. Nếu sự hình thành mô sợi xơ “lấn lướt” sự tái tạo biểu mô, hay biểu mô bị chậm tái tạo, BN sẽ có nguy cơ bị hẹp hậu môn. Phần da niêm bị cắt theo búi trĩ càng nhiều (búi trĩ lớn, trĩ vòng), nguy cơ hẹp hậu môn càng cao.

Về mặt lý thuyết, các phương pháp cắt trĩ-khâu kín có nguy cơ dẫn đến hẹp hậu môn thấp hơn các phương pháp cắt trĩ-để hở, nhưng thực tế tỉ lệ hẹp hậu môn không phụ thuộc vào phương pháp khâu kín hay để hở, mà phụ thuộc vào các yếu tố khác (kích thước búi trĩ, tốc độ tái tạo các tế bào biểu mô, nhiễm trùng tại chỗ...)

3.3.3.1-Cắt trĩ từng búi:

Cắt trĩ khâu kín theo phương pháp Ferguson (hình 6): từng búi trĩ được cắt từ ngoài vào trong. Cuống búi trĩ được khâu buộc. Hai mép vết thương được khâu kín, từ trong ra ngoài. Phương pháp này được áp dụng rộng rãi tại Hoa kỳ. Phương pháp này có lợi điểm là vết khâu lành sớm và BN không có rối loạn cảm giác trong thời gian đầu sau mổ. Tuy nhiên, các búi trĩ to hay các búi trĩ liên kết với nhau thành vòng không áp dụng được phương pháp này vì có thể gây hẹp hậu môn.

Cắt trĩ để hở theo phương pháp của Milligan và Morgan: kỹ thuật tương tự phương pháp Ferguson, nhưng vết thương được để hở. Phương pháp này được áp dụng rộng rãi tại Anh.

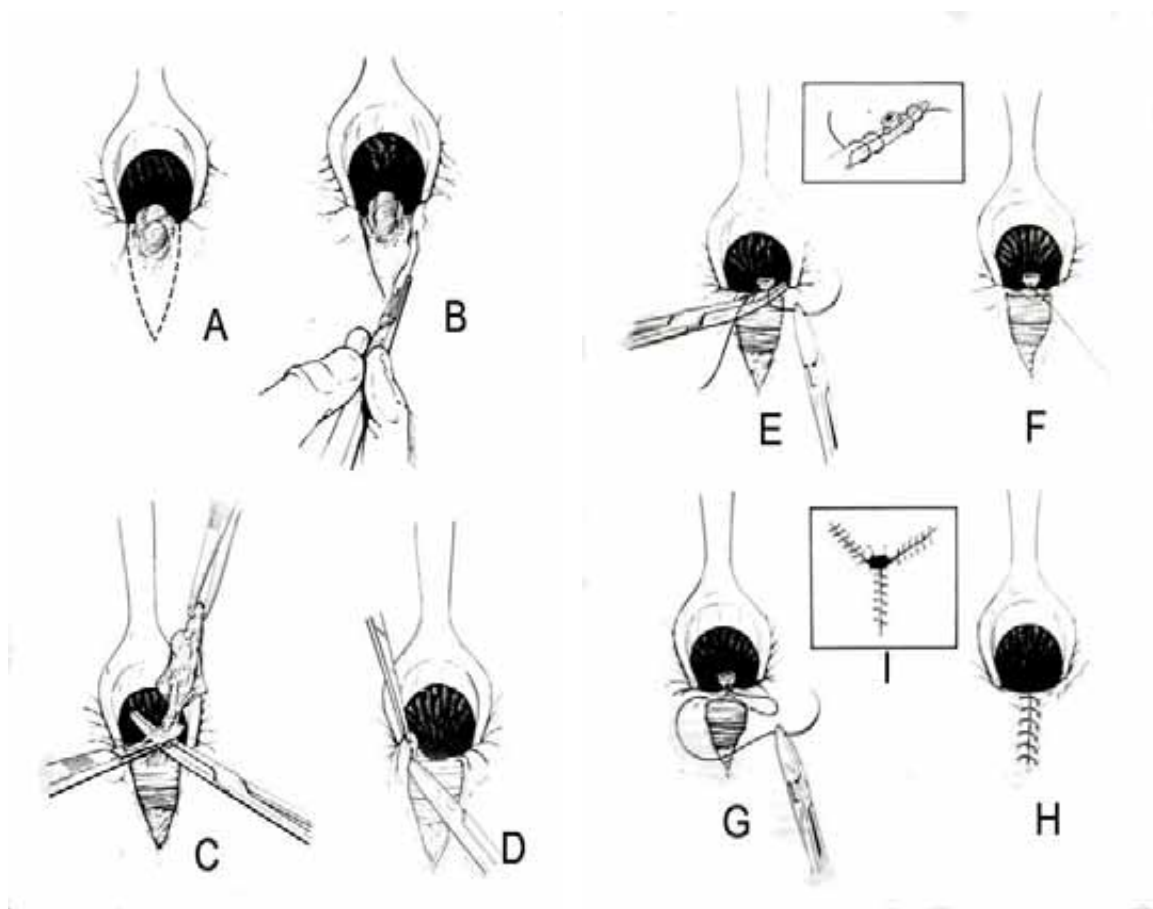
Chỉ khâu dùng trong cắt trĩ là chromic catgut 3-0.

3.3.3.2-Cắt trĩ vòng:

Cắt trĩ vòng theo phương pháp Whitehead: cắt bỏ toàn bộ vòng da-niêm của ống hậu môn, sau đó hạ niêm mạc trực tràng bên trên xuống khâu vào rìa hậu môn. Do phần niêm mạc bị kéo xuống thấp, BN sau mổ trĩ theo phương pháp Whitehead có thể bị một hiện tượng gọi là “hậu môn ướt” hay “hậu môn của whitehead”.

Cắt trĩ vòng theo phương pháp Buie: một cải biên từ phẫu thuật Whitehead: thay vì cắt bỏ toàn bộ bề mặt ống hậu môn, phẫu thuật Buie chừa lại ba cầu da-niêm để tạo thế cân bằng giữa phần da và phần niêm của ống hậu môn.

Quan niệm về phẫu thuật cắt trĩ ngày nay đã có nhiều thay đổi. Nguyên tắc bảo tồn tối đa phần da của ống hậu môn luôn được tuân thủ. Bảo tồn phần da của ống hậu môn đồng nghĩa với việc chữa lại phần trĩ ngoại. Phần trĩ ngoại, mặc dù được để lại, nhưng dần dần sẽ bị teo, do sự thông nối với phần trĩ nội đã bị cắt đứt.



Hình 6- Phẫu thuật cắt trĩ theo phương pháp khâu kín của Ferguson (A-I): A-D-búi trĩ được cắt, từ ngoài vào trong, ra khỏi lớp cơ thắt bên dưới. Chú ý không làm tổn thương các sợi cơ thắt bên dưới búi trĩ. Khi cắt tới cuống, cuống búi trĩ được kẹp bởi Kelly. Dùng kéo tách lớp da ống hậu môn (anoderm) ra hai bên, ra khỏi cơ thắt để cho việc khâu đóng được dễ dàng. E-H: khâu buộc cuống búi trĩ. Khâu đóng da ống hậu môn từ trong ra ngoài.

3.3.3.3-Cắt trĩ sa bằng stapler (phẫu thuật Longo, PPH: procedure for prolapsed hemorrhoid, MIPH: minimal invasive procedure of hemorrhoidectomy):

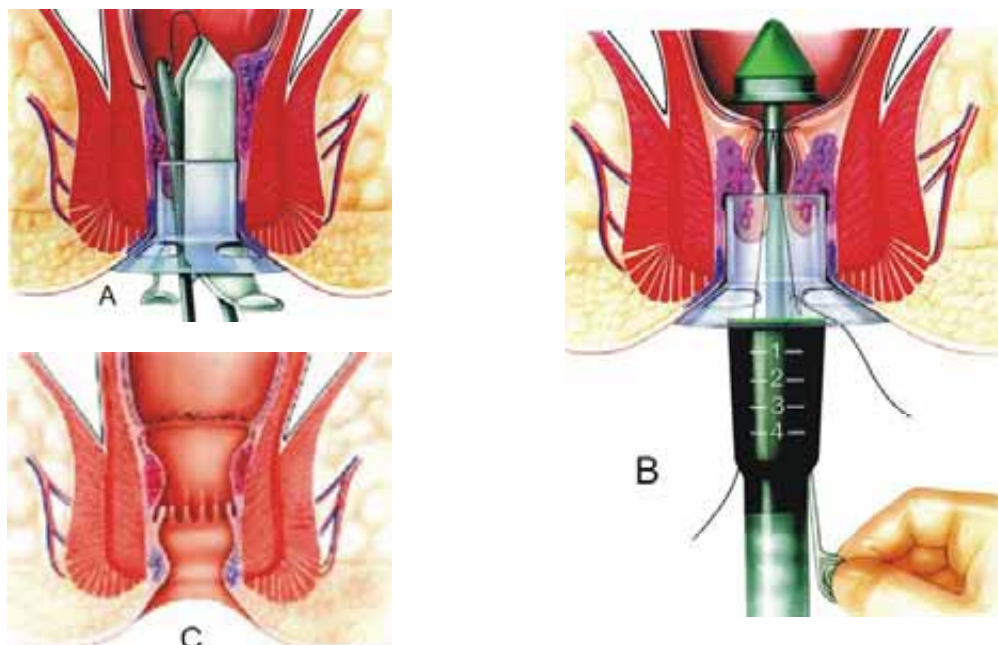
Phương pháp cắt trĩ sa bằng stapler (PPH) hiện nay đang được nhiều phẫu thuật viên áp dụng.

Nguyên tắc: dùng stapler vòng cắt một phần trĩ nội sa ra ngoài, đồng thời “treo” phần trĩ còn lại để làm mô đệm cho ống hậu môn (hình 7).

Nội dung: sau khi gây tê và nong ống hậu môn, đẩy khối trĩ sa trở lại vị trí ban đầu của nó. Khâu một mũi khâu vòng quanh trực tràng, ngay sát bờ trên của ống hậu môn. Chú ý mũi khâu chỉ lấy lớp niêm và dưới niêm. Lắp stapler, buộc sợi chỉ khâu sao cho ôm lấy phần cổ của nòng trong. Khi bấm stapler, phần nông của vòng trĩ nội, giữa đường lược và đường khâu, sẽ bị cắt đứt. Một ít mô trĩ còn lại ở phần sâu sẽ được “treo” vào bờ trên của ống hậu môn. Phần trĩ ngoại, tuy được chữa lại, sẽ bị teo dần dần sau đó.

Lợi điểm đáng kể nhất của cắt trĩ bằng stapler là ít đau hơn so với phẫu thuật kinh điển. Tuy nhiên, do giá thành đắt, trong điều kiện Việt nam phương pháp này cũng chưa thể được áp dụng rộng rãi.

Cắt trĩ bằng stapler có nguy cơ gây tổn thương thành trực tràng và tổn thương cơ thắt ống hậu môn nếu thực hiện không đúng kỹ thuật.



Hình 7- Phẫu thuật cắt trĩ bằng stapler

3.3.3.4-Chọn lựa các phương pháp (bảng 1)

Phương pháp	Trĩ nội				Trĩ ngoại
	Độ				
	1	2	3	4	
Chế độ ăn uống (điều trị bảo tồn)	X				
Chích xơ	X	X			
Đốt trĩ bằng tia hồng ngoại	X	X	(X)		
Thắt dây thun	(X)	X	X		
PPH		X	X		
Phẫu thuật cắt trĩ		(X)	X	X	X
Bảng 1- Xu hướng chọn lựa các phương pháp điều trị trĩ hiện nay (X): có chọn lựa BN					

3.3.4-Chăm sóc sau mổ:

- o BN nên được giới hạn truyền dịch. Nước được cho uống theo nhu cầu.
- o Tiếp tục dùng kháng sinh vài ngày sau mổ
- o Cho thuốc giảm đau
- o Ngâm hậu môn với nước ấm
- o Không kiêng ăn. Ăn với chế độ nhiều chất bã. Có thể chỉ định các tác nhân làm tăng khối lượng phân và làm mềm phân.
- o Trở lại làm việc, sinh hoạt bình thường sau 2-4 tuần

3.3.5-Kết quả và biến chứng

Tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật cắt trĩ: 2-5%. Đối với phương pháp cắt trĩ vòng bằng stapler, chưa có kết quả công bố về tỉ lệ tái phát sau mổ.

Biến chứng sau mổ:

- o Bí tiểu
- o Nhiễm trùng
- o Chảy máu

Di chứng:

- o Sa niêm: gặp trong phẫu thuật Whitehead
- o Máu da thừa
- o Tổn thương cơ thắt trong, gây són phân
- o Vết thương không lành, dẫn đến loét hậu môn.
- o Hẹp hậu môn
- o Riêng đối với phương pháp cắt trĩ bằng stapler: có thể làm tổn thương vách trực tràng, gây dò trực tràng-âm đạo hay trực tràng-niệu đạo.

4-Điều trị trĩ ngoại:

Huyết khối trĩ ngoại: có hai lựa chọn, hoặc là cho BN thuốc giảm đau và chờ cho đến khi búi trĩ ngoại bị teo sẽ cắt mẫu da thừa, hoặc là rạch búi trĩ ngoại nặn lấy cục huyết khối, sau cầm máu bằng đốt điện hay thoa gel.

Mẫu da thừa: cắt bỏ phần da thừa, hai mép vết thương tốt nhất là để hở.