

Hội chứng Mirizzi: Nhân hai trường hợp và hồi cứu y văn

Võ Minh Đạt^{1,2}, Phan Minh Trí^{1,2}, Đoàn Tiến Mỹ², Lê Công Khánh², Nguyễn Thế Hùng^{1,2}, Võ Trường Quốc^{1,2}

1. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, 2. Bệnh viện Chợ Rẫy

Địa chỉ liên hệ:

Võ Minh Đạt,
Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
217 Hồng Bàng, Phường Chợ
Lớn, TP. Hồ Chí Minh
Điện thoại: 0377 799 486
Email: vmdat@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 18/10/2025

Ngày chấp nhận đăng:
10/3/2026

Ngày xuất bản: 30/3/2026

Tóm tắt

Hội chứng Mirizzi là tình trạng tắc nghẽn ống mật chủ do chèn ép từ bên ngoài bởi viên sỏi bị kẹt trong ống túi mật hoặc phễu túi mật. Người bệnh có thể biểu hiện vàng da, sốt và đau hạ sườn phải. Hội chứng Mirizzi nếu không được phát hiện trước phẫu thuật ở những người bệnh được cắt túi mật dễ dẫn đến nguy cơ biến chứng cao và tổn thương đường mật, đặc biệt trong phẫu thuật nội soi. Chúng tôi hồi cứu y văn và mô tả hai ca lâm sàng đã ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị hội chứng Mirizzi. Trường hợp hội chứng Mirizzi loại I được điều trị phẫu thuật nội soi cắt túi mật. Trường hợp hội chứng Mirizzi loại Va được điều trị phẫu thuật nội soi cắt túi mật, khâu vị trí rò, mở ống mật chủ lấy sỏi và dẫn lưu đường mật qua ống Kehr. Hậu phẫu hai trường hợp đều ổn và xuất viện.

Từ khoá: Hội chứng Mirizzi, sỏi túi mật, rò túi mật.

Mirizzi syndrome: Two case reports and review of the literatures

Vo Minh Dat^{1,2}, Phan Minh Tri^{1,2}, Doan Tien My², Le Cong Khanh², Nguyen The Hung^{1,2}, Vo Truong Quoc^{1,2}

1. University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City, 2. Cho Ray Hospital

Abstract

Mirizzi syndrome (MS) is a condition characterized by obstruction of the common bile duct caused by external compression from a gallstone impacted in the cystic duct or gallbladder infundibulum. Patients may present with jaundice, fever, and right upper quadrant pain. MS is often not recognized preoperatively in patients undergoing cholecystectomy and can lead to a high risk of complications and bile duct injury, particularly during laparoscopic surgery. We have reviewed the literatures and reported two clinical cases

in which laparoscopic surgery was successfully applied for the management of Mirizzi syndrome. The patient with MS type I was treated with laparoscopic cholecystectomy, however, for the MStype Va, it's treated by laparoscopic cholecystectomy associated with closure of the fistula, exploration of the common bile duct for stone removal, and biliary drainage using a T-tube (Kehr tube). Both patients had an uneventful postoperative course and were discharged in stable condition.

Keywords: Mirizzi syndrome, gallstones, cholecysto-biliary fistula.

Đặt vấn đề

Hội chứng Mirizzi là một bệnh lý ngoại khoa ít gặp, tỷ lệ mắc bệnh khoảng 0,06% đến 5,7% người bệnh được phẫu thuật vì sỏi túi mật [1, 2]. Được đặt theo tên của phẫu thuật viên Pablo Luis Mirizzi, hội chứng này xảy ra do viêm túi mật mạn tính kết hợp với áp lực từ sỏi bị kẹt ở phễu túi mật hoặc ống túi mật đè lên ống mật chủ. Áp lực này có thể dẫn đến tổn thương mô, gây ra các biến chứng như hoại tử, loét niêm mạc và hình thành đường rò với các cấu trúc lân cận.

Năm 2007, Csendes đã phân loại hội chứng Mirizzi dựa trên sự hiện diện và mức độ rò túi mật và đường mật thành năm loại [3]. Loại I: chèn ép ống mật chủ do sỏi kẹt cổ hay phễu túi mật. Loại II: lỗ rò chiếm dưới 1/3 chu vi ống mật chủ. Loại III: lỗ rò chiếm từ 1/3 đến 2/3 chu vi ống mật chủ. Loại IV: thành ống mật chủ bị phá hủy hoàn toàn. Loại V: đường rò giữa túi mật và ruột kèm theo bất kỳ loại hội chứng Mirizzi, có thể không có tắc ruột do sỏi mật (loại Va) hoặc có tắc ruột do sỏi mật (loại Vb).

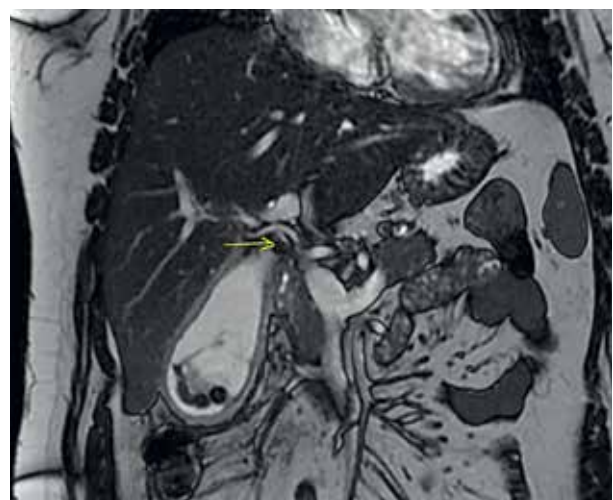
Nhân hai trường hợp hội chứng Mirizzi, chúng tôi hồi cứu lại y văn và mô tả báo cáo ca lâm sàng về triệu chứng, hình ảnh học và phương pháp điều trị.

Mô tả ca lâm sàng

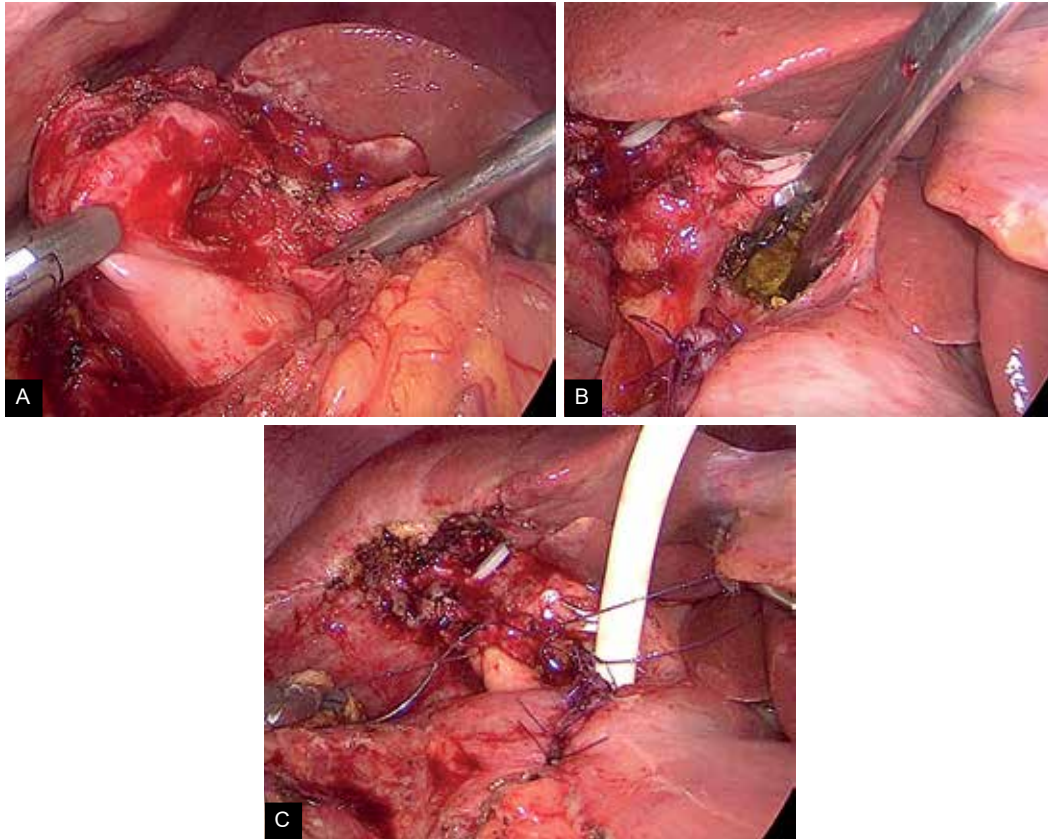
Ca lâm sàng hội chứng Mirizzi loại Va

Người bệnh Nguyễn Văn A, 51 tuổi (mã hồ sơ 2250003865) nhập viện vì vàng da. Triệu chứng

lâm sàng gồm đau hạ sườn phải, sốt và vàng da. Xét nghiệm máu, bilirubin toàn phần 4,5 mg/dL, bilirubin trực tiếp 3,2 mg/dL. Kết quả MRI bụng: giãn đường mật trong gan và ngoài gan, ghi nhận sỏi ống mật chủ, túi mật thành dày chứa sỏi, sỏi vùng cổ túi mật và túi mật có khí. Kết quả nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) ghi nhận hội chứng Mirizzi, sỏi ống mật chủ và đặt stent đường mật. Người bệnh được phẫu thuật nội soi cắt túi mật, khâu vị trí rò phễu và ống mật chủ, mở ống mật chủ lấy sỏi và stent, khâu vị trí rò hành tá tràng, dẫn lưu đường mật qua ống Kehr. Kết quả hậu phẫu, người bệnh ổn định xuất viện sau mổ 5 ngày.



Hình 1: MRI bụng, mũi tên chỉ sỏi to kẹt cổ túi mật gây hội chứng Mirizzi



Hình 2: Hình ảnh trong mổ nội soi điều trị hội chứng Mirizzi loại Va, A-Rò túi mật và hành tá tràng, B-Sỏi ống mật chủ, C-Khâu chỗ rò hành tá tràng, khâu dẫn lưu Kehr và khâu chỗ rò phễu túi mật với ống mật chủ

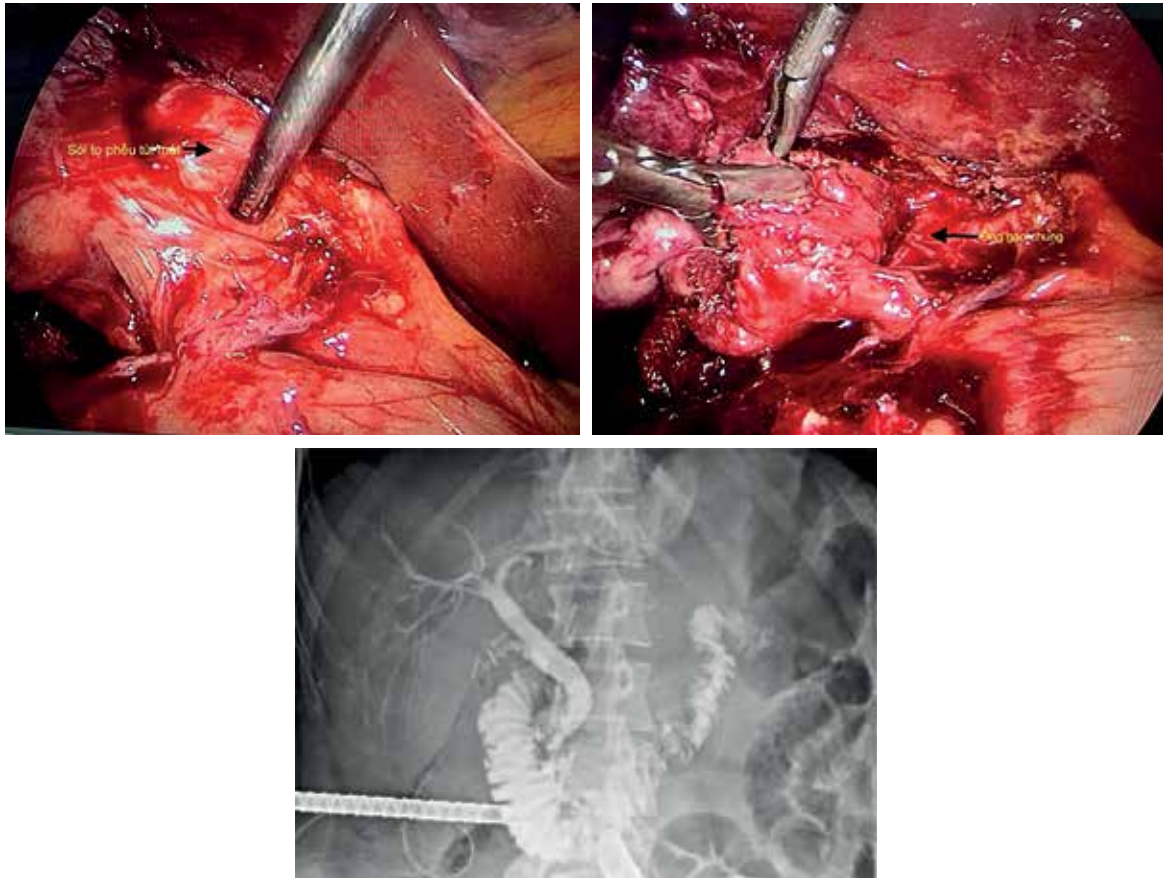
Ca lâm sàng hội chứng Mirizzi loại I

Người bệnh Hà Thị T, 60 tuổi (mã hồ sơ 225000969) nhập viện vì đau bụng. Triệu chứng lâm sàng gồm đau hạ sườn phải, kết mạc mắt vàng và sốt. Xét nghiệm máu về bilirubin toàn phần 2 mg/dL, bilirubin trực tiếp 1,2 mg/dL đều tăng cao

hơn giá trị bình thường. Kết quả CTscan bụng: giãn đường mật trong gan và ống mật chủ, ghi nhận viêm túi mật cấp với sỏi to vùng cổ túi mật chèn ép ống mật chủ. Người bệnh được phẫu thuật nội soi cắt túi mật, chụp hình đường mật trong mổ. Kết quả hậu phẫu, người bệnh ổn định xuất viện sau mổ 3 ngày.



Hình 3: CTscan bụng, sỏi to vùng cổ túi mật chèn ép ống gan chung



Hình 4: Hình ảnh trong mổ nội soi điều trị hội chứng Mirizzi loại I

Bàn luận

Lâm sàng

Hội chứng Mirizzi với triệu chứng lâm sàng thường gặp bao gồm vàng da, sốt và đau hạ sườn phải. Tuy nhiên, cả ba triệu chứng chỉ gặp ở khoảng 44 - 71% người bệnh [4]. Đau là triệu chứng phổ biến nhất (54 - 100%), vàng da gặp ở (24-100%), sốt (6-35%). Khoảng 1/3 người bệnh có viêm túi mật cấp khi đến khám, một số ít có viêm tụy cấp [5].

Xét nghiệm: Phần lớn người bệnh có tăng phosphatase kiềm và bilirubin máu (>90%). Nếu kèm viêm túi mật cấp, viêm đường mật hay viêm tụy cấp, có thể có bạch cầu tăng.

Cần nghĩ đến hội chứng Mirizzi khi người bệnh có đau hạ sườn phải, vàng da và sốt. Chẩn đoán dựa trên hình ảnh học [6]: CTscan bụng, MRI với

dấu hiệu chẩn đoán bao gồm

Giãn hệ thống đường mật trên mức cổ túi mật

Có sỏi kẹt ở cổ túi mật

Ống mật chủ dưới chỗ tắc có đường kính bình thường

Chúng tôi ghi nhận hai trường hợp hội chứng Mirizzi đều với triệu chứng lâm sàng gồm đau hạ sườn phải, vàng da và sốt. Xét nghiệm bilirubin máu đều tăng. Về hình ảnh học, hai trường hợp đều ghi nhận giãn đường mật trong gan và ống mật chủ ngay trên vị trí sỏi kẹt cổ túi mật.

Điều trị

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu nhằm lấy bỏ túi mật viêm và viên sỏi gây chèn ép [7, 8]. Tùy vào từng loại hội chứng Mirizzi mà chúng ta lựa chọn phương pháp điều trị khác nhau [9, 10].

Loại I: Cắt túi mật bán phần hoặc toàn phần.

Loại II: Cắt túi mật và khâu đóng lỗ rò, có thể đặt ống dẫn lưu T hoặc vá bằng thành túi mật còn lại.

Loại III: Khâu đường mật với dẫn lưu hoặc nối mật – ruột tùy kích thước lỗ rò.

Loại IV: Nối mật – ruột (thường là nối ống mật chủ – hỗng tràng) vì thành ống mật bị phá hủy hoàn toàn.

Loại V: Xử trí lỗ rò tùy thuộc vào tạng bị rò và có kèm tắc ruột do sỏi hay không.

Chúng tôi đã áp dụng phẫu thuật nội soi để điều trị hai trường hợp hội chứng Mirizzi.

Đối với hội chứng Mirizzi loại Va, chúng tôi đã cắt túi mật bán phần chừa lại vùng phễu bị rò để đảm bảo an toàn tránh tổn thương đường mật thứ phát, mở ống mật chủ để lấy sỏi và dẫn lưu Kehr, khâu lại vị trí rò giữa phễu túi mật và ống mật chủ. Còn vị trí rò hành tá tràng không kèm tắc ruột do sỏi nên chúng tôi đã cắt lọc và khâu lại. Kết quả hậu phẫu, người bệnh ổn định và xuất viện ổn sau 05 ngày.

Đối với hội chứng Mirizzi loại I, chúng tôi đã cắt túi mật nội soi và trong mổ đã cẩn thận tách đẩy vùng phễu viêm dính ra khỏi ống mật chủ. Sau đó, chúng tôi phẫu tích làm rõ vùng tam giác gan mật và chụp hình đường mật trong mổ để kiểm tra qua ống túi mật. Kết quả hậu phẫu, người bệnh ổn định và xuất viện ổn sau 03 ngày.

Kết luận

Hội chứng Mirizzi là một biến chứng ít gặp nhưng quan trọng của bệnh sỏi túi mật, đặc trưng bởi tắc nghẽn ống mật chủ do sỏi kẹt ở cổ hoặc ống túi mật. Tỷ lệ mắc bệnh khoảng 0,06% – 5,7%. Người bệnh thường có đau hạ sườn phải, vàng da và sốt. Hình ảnh học đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán. Phẫu thuật là điều trị chính, phương pháp tùy thuộc vào mức độ rò túi mật.

Cam đoan

Tôi cam đoan bài báo chưa từng được xuất bản ở bất cứ tạp chí nào, số liệu của tôi chưa từng được công bố. Không có tranh chấp quyền tác giả và có số liệu rõ ràng. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích đóng góp khoa học.

Tài liệu tham khảo

1. Antoniou, S.A., G.A. Antoniou, and C. Makridis, Laparoscopic treatment of Mirizzi syndrome: a systematic review. *Surg Endosc*, 2010. 24(1): p. 33-9.
2. Jones, M.W. and T. Ferguson, Mirizzi Syndrome, in *StatPearls*. 2025, StatPearls Publishing Copyright © 2025, StatPearls Publishing LLC.: Treasure Island (FL).
3. Beltran, M.A., A. Csendes, and K.S. Cruces, The relationship of Mirizzi syndrome and cholecystoenteric fistula: validation of a modified classification. *World J Surg*, 2008. 32(10): p. 2237-43.
4. Ibrarullah, M., T. Mishra, and A.P. Das, Mirizzi syndrome. *Indian J Surg*, 2008. 70(6): p. 281-7.
5. Kwon, A.H. and H. Inui, Preoperative diagnosis and efficacy of laparoscopic procedures in the treatment of Mirizzi syndrome. *J Am Coll Surg*, 2007. 204(3): p. 409-15.
6. Yun, E.J., et al., Combination of magnetic resonance cholangiopancreatography and computed tomography for preoperative diagnosis of the Mirizzi syndrome. *J Comput Assist Tomogr*, 2009. 33(4): p. 636-40.
7. Zhao, J., Y. Fan, and S. Wu, Safety and feasibility of laparoscopic approaches for the management of Mirizzi syndrome: a systematic review. *Surg Endosc*, 2020. 34(11): p. 4717-4726.
8. Erben, Y., et al., Diagnosis and treatment of Mirizzi syndrome: 23-year Mayo Clinic experience. *J Am Coll Surg*, 2011. 213(1): p. 114-9; discussion 120-1.
9. Koo, J.G.A., et al., Mirizzi Syndrome-The Past, Present, and Future. *Medicina (Kaunas)*, 2023. 60(1).
10. Wu, J., et al., Mirizzi syndrome: Problems and strategies. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*, 2024. 23(3): p. 234-240.