

DOI: 10.58490/ctjump.2026i98.4602

HỘI CHỨNG MIRIZZI TYPE I GIẢ DẠNG UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT: BÁO CÁO CA BỆNH VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

Nguyễn Văn Hiên¹, Nguyễn Văn Tuấn¹, Mai Văn Đợi¹,
Ngô Phan Lương Tiếp², Nguyễn Xuân Huy^{1*}

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Email: 23310411769@student.ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 02/3/2026

Ngày phản biện: 13/5/2026

Ngày duyệt đăng: 25/5/2026

TÓM TẮT

Hội chứng Mirizzi là một nguyên nhân hiếm gặp gây vàng da tắc mật, do sỏi kẹt ở cổ túi mật hoặc ống túi mật gây chèn ép cơ học lên ống gan chung, có hoặc không kèm theo rò mật - đường mật. Trên lâm sàng và hình ảnh học, bệnh dễ bị nhầm với các bệnh lý ác tính vùng rốn gan như ung thư đường mật, khiến chẩn đoán trước mổ gặp nhiều khó khăn. Chúng tôi báo cáo trường hợp một bệnh nhân nữ 32 tuổi nhập viện vì đau bụng trên và vàng da tiến triển, được chẩn đoán ban đầu là ung thư đường mật dựa trên biểu hiện lâm sàng, tăng CA 19-9 và hình ảnh học. Chẩn đoán hội chứng Mirizzi được xác định trong mổ và chiến lược phẫu thuật đã được thay đổi phù hợp. Hội chứng Mirizzi là một thách thức chẩn đoán trước mổ do biểu hiện tương tự các nguyên nhân khác gây vàng da tắc mật. Chỉ số nghi ngờ cao và đánh giá cẩn thận trong mổ giúp xác định đúng chẩn đoán và tránh phẫu thuật quá mức.

Từ khóa: Hội chứng Mirizzi, ung thư đường mật, vàng da tắc mật.

ABSTRACT

MIRIZZI SYNDROME TYPE I MIMICKING CHOLANGIOCARCINOMA: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Nguyen Van Hien¹, Nguyen Van Tuan¹, Mai Van Doi¹,
Ngo Phan Luong Tiep², Nguyen Xuan Huy^{1*}

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho Central General Hospital

Mirizzi syndrome is a rare cause of obstructive jaundice, resulting from an impacted gallstone in the gallbladder neck or cystic duct, leading to extrinsic compression of the common hepatic duct, with or without the presence of a cholecysto-biliary fistula. Clinically and radio-logically, it may mimic malignant conditions at the hepatic hilum, such as cholangiocarcinoma, making preoperative diagnosis challenging. We report a case of a 32-year-old female patient who was admitted with upper abdominal pain and progressive jaundice. The initial diagnosis was cholangiocarcinoma based on clinical presentation, elevated CA 19-9 levels, and imaging findings. However, Mirizzi syndrome was confirmed intraoperatively, and the surgical strategy was accordingly modified. Mirizzi syndrome poses a diagnostic challenge pre-operatively due to its similarity to other causes of obstructive jaundice. A high index of suspicion and careful intraoperative assessment are essential for accurate diagnosis and to avoid unnecessary extensive surgery.

Keywords: Mirizzi syndrome, cholangiocarcinoma, obstructive jaundice.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Mirizzi là một biến chứng hiếm gặp của bệnh lý sỏi túi mật, xảy ra khi sỏi kẹt tại cổ túi mật hoặc ống túi mật gây chèn ép từ bên ngoài lên ống gan chung, dẫn đến tình trạng tắc mật cơ học [1]. Bệnh được Pablo Mirizzi mô tả lần đầu vào năm 1948 và cho đến nay vẫn được xem là một thách thức trong chẩn đoán lâm sàng [2]. Tỷ lệ mắc hội chứng Mirizzi được ghi nhận dao động từ 0,05% đến 4% ở các bệnh nhân được phẫu thuật túi mật [3]. Trên lâm sàng, hội chứng Mirizzi thường biểu hiện bằng vàng da tắc mật, có thể kèm hoặc không kèm đau bụng và dấu hiệu nhiễm trùng. Các biểu hiện này dễ nhầm lẫn với những bệnh lý khác của đường mật như sỏi ống mật chủ, hẹp đường mật lành tính hoặc đặc biệt là ung thư đường mật. Bên cạnh đó, sự gia tăng của các dấu ấn sinh học như CA 19-9 trong bối cảnh tắc mật có thể làm sai lệch hướng chẩn đoán về phía bệnh lý ác tính [4], [5]. Việc chẩn đoán nhầm hội chứng Mirizzi có thể dẫn đến chỉ định phẫu thuật không phù hợp, làm tăng nguy cơ tổn thương đường mật và biến chứng sau mổ. Do đó, nhận diện đúng bệnh lý này trước và trong phẫu thuật có ý nghĩa quan trọng trong việc lựa chọn chiến lược điều trị tối ưu. Chúng tôi báo cáo một trường hợp hội chứng Mirizzi có biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng giả dạng ung thư đường mật, nhằm nhấn mạnh những khó khăn trong chẩn đoán và vai trò của đánh giá cẩn trọng trong quá trình xử trí.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 32 tuổi, nghề công nhân nhà may, nhập viện vì vàng da tăng dần kèm ăn uống kém, sụt ≈ 5 kg trong khoảng 2 tuần. Trước đó bệnh nhân không ghi nhận tiền sử bệnh gan mật đáng kể, gia đình không ai mắc bệnh ác tính về gan mật.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu bảo đảm tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Mọi thông tin của người bệnh được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

- **Khám lâm sàng:** Bệnh nhân tỉnh, thể trạng trung bình, da và củng mạc vàng rõ, đau nhẹ vùng hạ sườn phải, không sờ thấy túi mật to. Không ghi nhận dấu hiệu nhiễm trùng nặng.

- **Cận lâm sàng:**

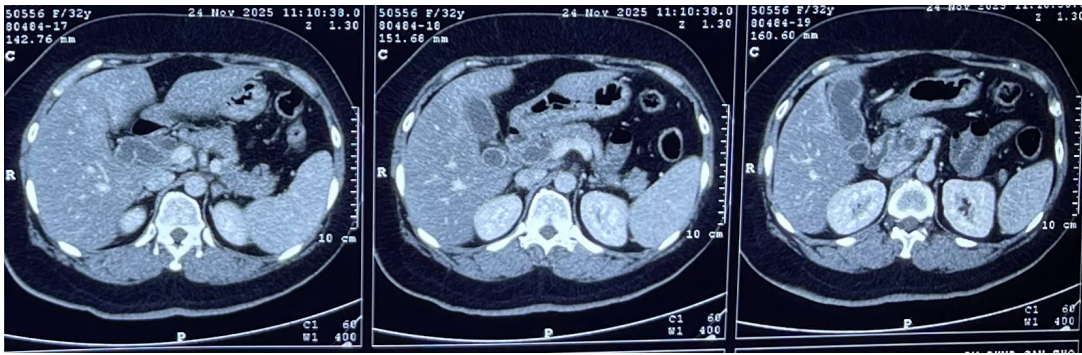
Xét nghiệm máu cho thấy:

- Bạch cầu trong giới hạn bình thường: $6.34 \times 10^9/L$
- Bilirubin toàn phần tăng cao, chủ yếu bilirubin trực tiếp (Bilirubin TP/TT: 187/126 $\mu\text{mol/L}$)

- Men gan tăng cao (AST: 281 U/L, ALT: 392 U/L)
- CA 19-9 tăng trên ngưỡng bình thường: 118.5 U/mL (khoảng bình thường: < 39 U/mL)

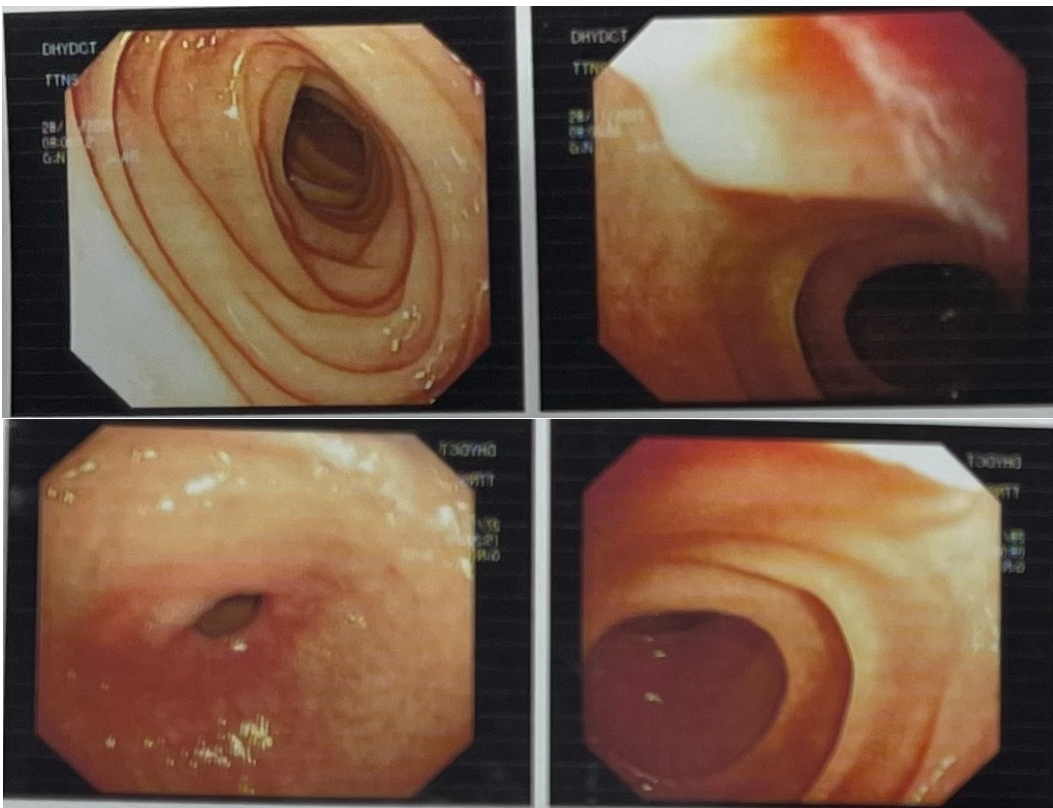
Siêu âm ổ bụng ghi nhận: Gan không to, bề mặt phẳng, chủ mô dày sáng, giảm âm vùng thấp. Đường mật nhánh gan trái giãn đường kính (ĐK) max khoảng 6.5 mm, trong lòng có một cản âm, kích thước khoảng 8 mm, nhánh gan phải giãn ĐK max khoảng 8 mm, trong lòng có một cản âm KT khoảng 6 mm. Túi mật căng to, kích thước khoảng 33 x 86 mm, thành dày khoảng 7 mm, xung quanh có ít dịch. Đoạn đầu ống mật chủ ĐK khoảng 15 mm, chưa ghi nhận sỏi, đoạn cuối khó khảo sát.

Chụp CT-Scan ổ bụng: Đường mật trong gan giãn, nhánh gan phải ĐK khoảng 13 mm, nhánh gan trái ĐK khoảng 10 mm, ống mật chủ ĐK khoảng 15 mm, không sỏi cản quang. Nghi giãn đường mật do viêm chít hẹp đoạn cuối ống mật chủ hoặc u bóng Vater. Túi mật kích thước: 32 x 85 mm, thành dày 5 mm, lòng không sỏi cản quang, xung quanh có vài hạch KT khoảng 7 x 5 mm (Hình 1).



Hình 1. Hình CT-Scan ổ bụng (Nguồn: Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân).

Nhận xét: Trên phim CT-Scan ổ bụng cho thấy túi mật căng to, giãn đường mật 2 nhánh và ống mật chủ, không thấy sỏi cản quang, không thấy nguyên nhân tắc nghẽn.



Hình 2. Hình ảnh nội soi thực quản, dạ dày, tá tràng
(Nguồn: Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân).

Nhận xét: Qua nội soi hình ảnh tá tràng, quanh bóng Vater chưa ghi nhận tổn thương bất thường.

Dựa trên lâm sàng bệnh vàng da tiến triển, không đau bụng, không dấu hiệu nhiễm trùng, hình ảnh học và chỉ số CA 19-9, bệnh nhân được chẩn đoán tắc mật nghi do u bóng Vater và được chỉ định thêm cận lâm sàng chuyên sâu để làm rõ chẩn đoán.

Nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng: Hành tá tràng bình thường, tá tràng D2 bình thường, vị trí nhú Vater chưa phát hiện tổn thương (Hình 2).

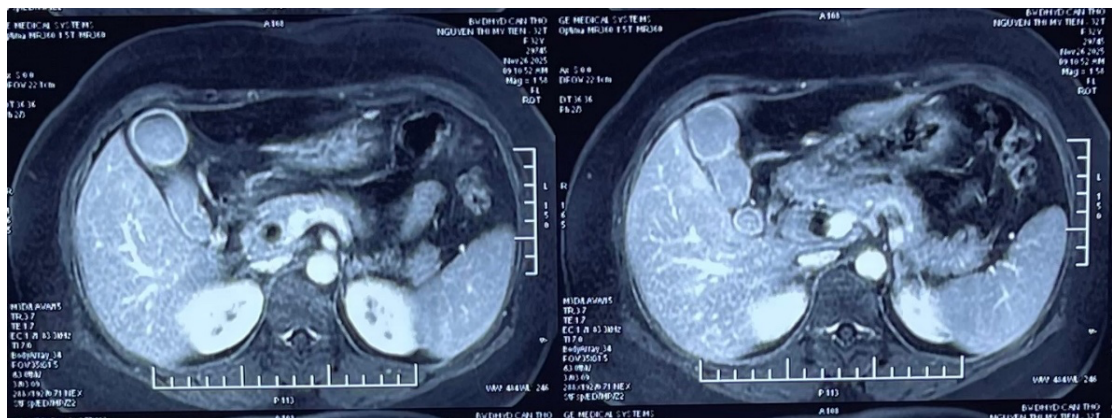
Chụp cộng hưởng từ đường mật (MRI/MRCP): Giãn đường mật 2 nhánh gan và đường mật trong gan, ống gan chung đường kính khoảng 13 mm, ống mật chủ đường kính khoảng 4 mm, lòng không sỏi. Túi mật không to, thành không dày, không ghi nhận tổn thương bất thường, ống túi mật đường kính khoảng 12 mm, vị trí giao điểm của ống túi mật và ống mật chủ có 1 sỏi kích thước khoảng 13 x 12 mm, theo dõi hội chứng Mirizzi (Hình 3-4).



Hình 3. Phim MRI dựng hình đường mật (MRCP)

(Nguồn: Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân).

Nhận xét: Trên phim MRCP vị trí khoan tròn là vị trí sỏi đè ép vào ống gan chung gây nên hình ảnh khuyết thuốc và giãn đường mật phía trên.



Hình 4. Phim MRI mặt phẳng cắt ngang (Axial view)

(Nguồn: Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân).

Nhận xét: Hình ảnh trên cho thấy rõ cấu trúc sỏi tại vùng cổ túi mật với hình ảnh chèn ép từ bên ngoài lên ống gan chung, góp phần củng cố chẩn đoán hội chứng Mirizzi và phân biệt với các nguyên nhân tắc mật do khối u nội tại đường mật.

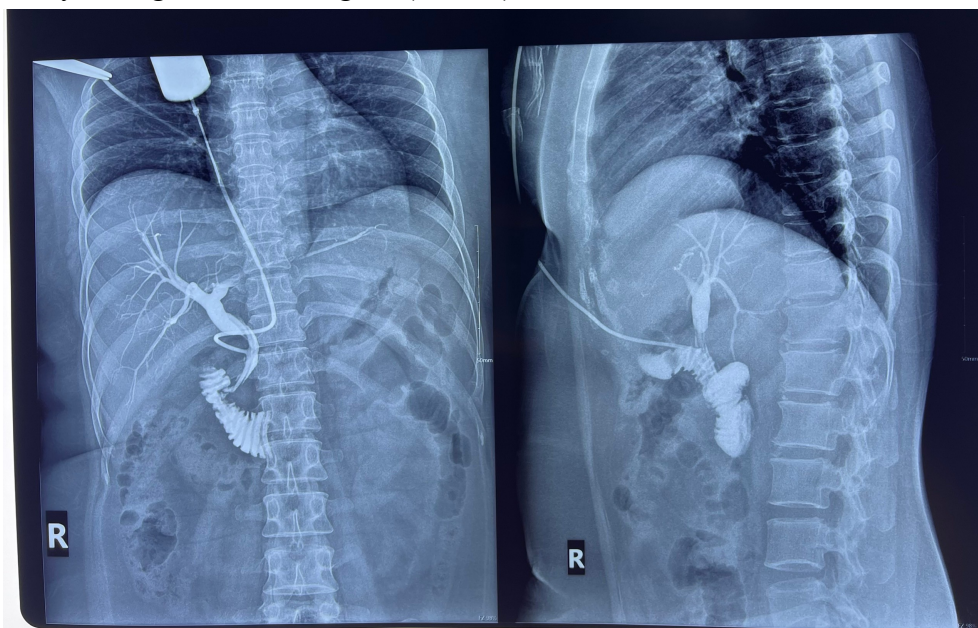
- Điều trị

Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt túi mật, nội soi thám sát đường mật trong lúc mổ. Trong mổ ghi nhận:

- Túi mật viêm dày, dính nhiều
- Một sỏi lớn kẹt tại cổ túi mật gây chèn ép từ ngoài vào ống gan chung
- Không phát hiện khối u đường mật.

Chẩn đoán hội chứng Mirizzi type I được xác lập. Phẫu thuật được chuyển sang cắt túi mật và đặt dẫn lưu đường mật tạm thời. Do không ghi nhận tổn thương ác tính và nguy cơ tổn thương đường mật cao, phẫu thuật triệt căn không được chỉ định trong trường hợp này.

Sau mổ, bệnh nhân hồi phục thuận lợi, bilirubin và men gan giảm nhanh, CA 19-9 trở về gần mức bình thường, X-quang đường mật qua Kehr vào ngày hậu phẫu thứ 6 cho hình ảnh cây đường mật lưu thông tốt (Hình 5).



Hình 5. Hình chụp X-quang đường mật qua Kehr

(Nguồn: Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân).

Nhận xét: X-quang đường mật qua Kehr cho thấy thuốc cản quang ngấm đều các nhánh đường mật trong gan và lưu thông xuống tá tràng tốt.

III. BÀN LUẬN

Hội chứng Mirizzi là một trong những nguyên nhân hiếm gặp nhưng có ý nghĩa lâm sàng quan trọng của vàng da tắc mật. Do vị trí giải phẫu đặc biệt của cổ túi mật và ống túi mật, tình trạng sỏi kẹt tại đây có thể gây chèn ép cơ học lên ống gan chung, dẫn đến giãn đường mật phía trên. Sự thay đổi này thường khó phân biệt với các nguyên nhân tắc mật khác nếu chỉ hoặc khi chỉ dựa trên lâm sàng và xét nghiệm sinh hóa. Trong trường hợp được báo cáo, bệnh nhân có biểu hiện vàng da tiến triển, men gan và bilirubin tăng cao, kèm theo sự gia tăng nồng độ CA 19-9. Những đặc điểm này ban đầu hướng nhiều đến chẩn đoán bệnh lý ác tính đường mật. Tuy nhiên, các nghiên cứu trước đây cho thấy CA 19-9 không phải là marker đặc hiệu cho ung thư, vì nồng độ của chất này có thể tăng trong các tình trạng

viêm hoặc tắc mật lành tính. Sau khi tình trạng tắc mật được giải quyết, nồng độ CA 19-9 thường giảm nhanh, như đã ghi nhận ở bệnh nhân của chúng tôi [5].

Về mặt chẩn đoán hình ảnh, siêu âm và CT-scan có thể phát hiện tình trạng giãn đường mật nhưng thường khó xác định chính xác nguyên nhân gây tắc nghẽn. Chụp cộng hưởng từ đường mật (MRI/MRCP) được xem là phương tiện có giá trị cao hơn trong việc đánh giá mối liên quan giữa sỏi túi mật, ống túi mật và ống gan chung, từ đó gợi ý chẩn đoán hội chứng Mirizzi trước mổ [6], [7]. Trong ca bệnh này, hình ảnh MRI đã đóng vai trò then chốt giúp định hướng chẩn đoán và lập kế hoạch phẫu thuật phù hợp.

Về điều trị, phẫu thuật vẫn là phương pháp chính đối với hội chứng Mirizzi. Việc xác định đúng bệnh lý trong mổ giúp phẫu thuật viên lựa chọn kỹ thuật phù hợp, tránh các can thiệp triệt căn không cần thiết và giảm nguy cơ tổn thương đường mật chính. Đối với hội chứng Mirizzi type I, cắt túi mật kết hợp dẫn lưu đường mật tạm thời là lựa chọn điều trị an toàn và hiệu quả [8], [9], như kết quả hồi phục thuận lợi của bệnh nhân trong báo cáo này.

IV. KẾT LUẬN

Hội chứng Mirizzi là nguyên nhân hiếm gặp của vàng da tắc mật và dễ nhầm lẫn với bệnh lý ác tính đường mật. Chẩn đoán trước mổ còn nhiều khó khăn dù có sự hỗ trợ của MRI/MRCP. Việc nhận diện đúng tổn thương giải phẫu và mức độ ảnh hưởng lên đường mật có vai trò quan trọng trong lựa chọn chiến lược điều trị, giúp hạn chế tai biến phẫu thuật. Do đó, hội chứng Mirizzi cần được lưu ý trong chẩn đoán phân biệt ở bệnh nhân vàng da tắc mật nhằm tối ưu hóa kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Beltrán M.A., Csendes A., Cruces K.S. Mirizzi syndrome: History, current knowledge and proposal of a simplified classification. *World Journal of Gastroenterology*. 2020. 26(42), 6518–6530, doi: <https://doi.org/10.3748/wjg.v26.i42.6518>.
2. Payá-Llorente C., Vázquez-Tarragón A., Alberola-Soler A. Updated management of Mirizzi syndrome: A systematic review. *Annals of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery*. 2021. 25(2), 181–191, doi: <https://doi.org/10.14701/ahbps.2021.25.2.181>.
3. Chen H., Siwo E.A., Khu M., Tian Y. Current trends in the management of Mirizzi syndrome: A review of literature. *Medicine*. 2020. 99(4), e18783, doi: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000018783>
4. Steinberg W. Clinical utility of CA 19-9 in benign and malignant biliary disease. *Gastroenterology Review*. 2020. 15(1), 1–6. <https://doi.org/10.5114/pg.2020.93194>.
5. Marrelli D., Caruso S., Pedrazzani C. CA 19-9 elevation in benign biliary diseases: clinical significance. *International Journal of Biological Markers*. 2021. 36(2), 1–7, doi: <https://doi.org/10.1177/172460082110103>.
6. Xu X., Hong T., Li B. Role of MRCP in diagnosis of Mirizzi syndrome. *BMC Medical Imaging*. 2022. 22, 45, doi: <https://doi.org/10.1186/s12880-022-00779-1>
7. Yilmaz E.M., Kirimlioglu V. Diagnostic accuracy of imaging modalities in Mirizzi syndrome. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques*. 2021. 31(3), 345–350, doi: <https://doi.org/10.1097/SLE.0000000000000890>.
8. Antoniou S.A., Antoniou G.A., Makridis C. Laparoscopic treatment of Mirizzi syndrome: systematic review. *Surgical Endoscopy*. 2020. 34(2), 509–520, doi: <https://doi.org/10.1007/s00464-019-06742-7>.
9. Gómez D., Rahman S.H., Toogood G.J., Lodge J.P. Mirizzi syndrome: diagnosis and management. *HPB*. 2022. 24(5), 655–662, doi: <https://doi.org/10.1016/j.hpb.2021.10.008>.