

CASE REPORT: MINOCA

(Myocardial Infarction with Non-
Obstructive Coronary Arteries).
NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP



BS. PHÙNG TRỌNG KIÊN (1)
TS. BS. TÔN THẤT MINH (2)
MEDIC 5 (24-09-2026)

(1): PKTQ - T.T.Y.K MEDIC, TP. HCM.
(2): GD BV TIM TÂM ĐỨC, TP. HCM.

NỘI DUNG

- BỆNH ÁN
- TỔNG QUAN
- BÀN LUẬN
- KẾT LUẬN
- TL THAM KHẢO

BỆNH ÁN

PHẦN HÀNH CHÁNH:

Bn: VKC, sinh năm 1930.

Địa chỉ: Kdc Sông Giồng, P. An Phú, Quận 2, Tp.Hcm.

Bn có tiền căn: tăng huyết áp/ td thiếu máu cục bộ cơ tim/ rشح lipide máu nhẹ/ đái tháo đ^đ type 2/ suy van tĩnh mạch chi dưới/ bệnh lý thận mạn (người già).

Là bn ngoại trú của TTYK medic Hòa Hảo và Bv Tim Tâm Đức, Tp.HCM.

BỆNH SỬ:

Khoảng vài năm gần đây do tuổi cao, đi lại khó khăn, nên bn được kiểm tra xét nghiệm kỳ mỗi năm 2 lần tại nhà và điều trị tim mạch theo Bv Tim Tâm Đức, có Bs gia đình khám và điều chỉnh thuốc men mỗi tuần.

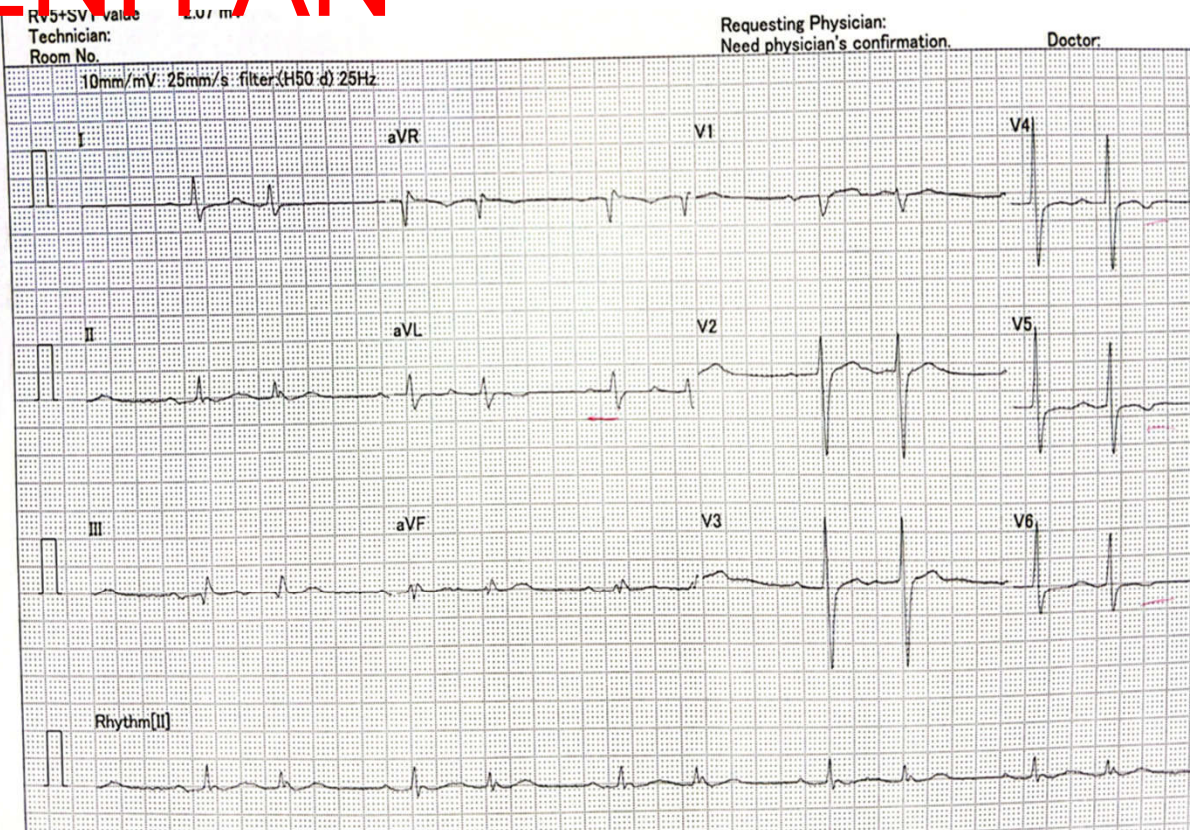
Thời gian gần đây, bn thường mệt khi gắng sức dù không có đau nhối ngực trái, SpO2 ở 90-92%. Ngày 12/08/2026 người nhà đưa vào khám ở Bv quốc tế gần nhà (khu quận 2) tiện đi lại. Tại đây sau khi khám, Bs thay đổi điều trị và cho về nhà theo dõi ngoại trú.

Sau 10 ngày thay đổi thuốc, vào 22/08/2026 có làm ECG tại nhà, ghi nhận ST chênh x và T âm ở I, aVL, V4, V5, V6, Troponin I: bình thường, theo dõi thêm đến 25/08/2026, vẫn còn ST chênh xuống và T âm ở các chuyển đạo trên trước bên, Troponin I tăng lên 8 ng/l, BNP tăng lên 534,3 pg/ml nên Bs gia đình đã liên lạc với Bv Tâm Đức cho bn nhập v

Lúc vào viện: BN tỉnh táo, tiếp xúc tốt, di chuyển hơi mệt.

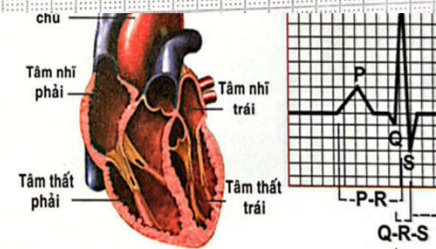
HA 140/70 mmHg, M 80 lần/phút, Thân nhiệt: 37.C, P: 65kg.

BỆNH ÁN



Kết luận (Conclusion)

- Ngoại tâm thu nhĩ
- Block nhĩ thất độ I



KẾT LUẬN:

Bóng tim to
Dẫn cung động mạch chủ

ĐỀ NGHỊ:

16/08/2025

Ngày 16 tháng 8 năm 2025
Bác sĩ đọc kết quả

Họ tên(Name): VĂN KIM CHI

Tên bệnh nhân: VẦN KIM CHI

Năm sinh: 1928 Giới tính: Nữ

Địa chỉ: 100/18, Thân Văn Nhiếp, Phường Bình Trưng, Tp. Hồ Chí Minh

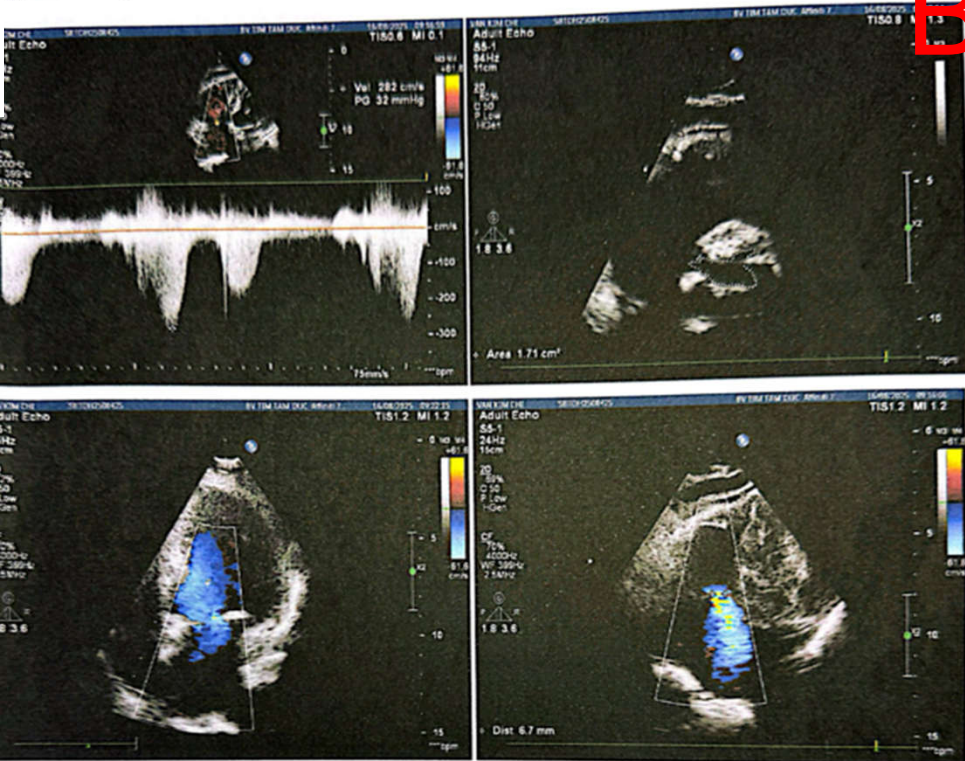
BỆNH NHÂN

Năm sinh: 1928

Tuổi: 97

Giới tính: Nữ

Tên bệnh nhân: VẦN KIM CHI
Địa chỉ: 100/18, Thân Văn Nhiếp, Phường Bình Trưng, Tp. Hồ Chí Minh



Kết luận:

- Nhịp tim không đều khi khảo sát.
- Thất trái:
 - + Dày đồng tâm, phần đáy VLT d# 15mm, không hẹp buồng tổng thất trái (RWT 0.57), không dẫn, không thấy huyết khối.
 - + Rối loạn chức năng tâm trương thất T độ 2 ($E = 0.8\text{m/s}$, $E/A = 0.7$, $e'_{\text{med}} = 5.3\text{cm/s}$, $e'_{\text{lat}} = 4.4\text{cm/s}$, $E/e' = 17.3$).
 - + Không rối loạn vận động vùng.
 - + Chức năng tâm thu thất T tốt (EF 74%) (Simpson BP 62%).
- Hở van 2 lá nhẹ, van dày, sợi hóa, vôi hóa thân lá sau.
- Hẹp van ĐMC nhẹ, SA/2D 1.7cm², PG max/mean 31/18mmHg, van 3 mảnh, dày, vôi hóa nhẹ các mép van.
- Hở van ĐMC nhẹ.
- Hở van 3 lá trung bình (VC 6.7mm), van sợi hóa. Tăng áp phổi nhẹ (PAPs 37mmHg).
- Dẫn nhĩ trái (LAVI 28ml/m²), không thấy huyết khối.
- ĐMC không dẫn, không dấu bóc tách.
- Không tràn dịch màng tim, màng phổi 2 bên.
- TAPSE 19mm. LV mass index 119g/m².

Ngày 16 tháng 08 năm 2025
Bác sĩ kết luận

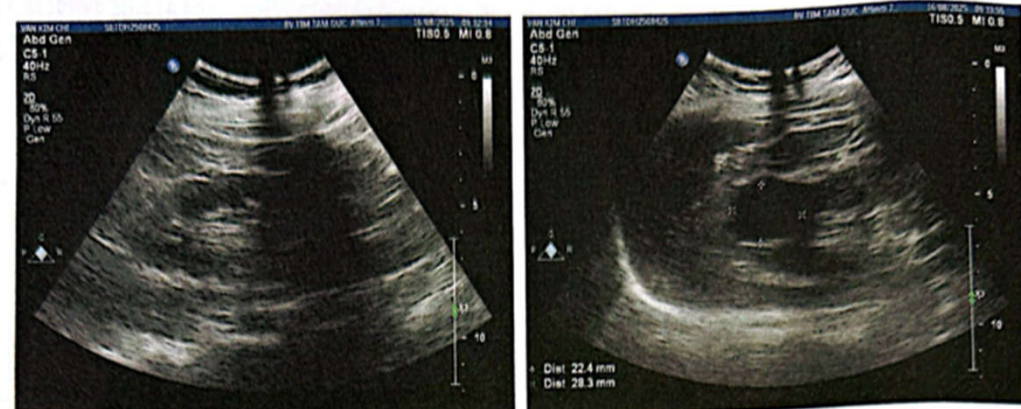
BS. CKI. UÔNG THỊ HUYỀN NHƯ

16/08/2025

Đề nghị:

Kết luận:

Nặng đơn giản thận trái



Mô tả kết quả:

- Gan: không to, đồng dạng, bờ đều. không tổn thương khu trú.
- Túi mật: vách mỏng, không sỏi.
- OMC: không sỏi, không dẫn.
- Tụy: không to, đuôi tụy khó khảo sát.
- Lách: không to.
- Thận P: kích thước 91x42mm, giới hạn vô-tủy rõ. Không sỏi, không ứ nước. Cực trên có nang thành mỏng không vách, d # 22x28mm
- Thận T: kích thước 94x43mm, giới hạn vô-tủy rõ. Không sỏi, không ứ nước.
- Bàng quang: thành mỏng, không sỏi.
- Tử cung, phần phụ: teo nhỏ.
- Dịch túi cùng: không.
- Dịch màng phổi: không.
- ĐMC bụng: 18mm.

Ngày 16 tháng 08 năm 2025
Bác sĩ đọc kết quả

ÂM ĐỨC
OLOGIE
PITAL

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Đối tượng: Viện
Năm sinh: 19
Huyết áp vô căn (nguyên phát); RL lipid máu; Đái
TỔN THẤT MINH
Giới tính: Nữ
Khoa: Phòng KI

YÊU CẦU	KẾT QUẢ	TRỊ SỐ BÌNH THƯỜNG
---------	---------	--------------------

Hào máu bằng máy đếm laser:

	9.34	4.6 - 10.2
	60.6	37 - 80
	27.7	10 - 50
	7.7	0 - 12
	2.8	0 - 7
	0.9	0 - 2.5
	5.30	4.06 - 6.13
	152	122 - 181
	0.474	0.37 - 0.53
	89.4	80 - 97
	28.7	27 - 31.2
	321	318 - 354
	196	142 - 424

(+)	145	136 - 146
(-)	3.41	3.5 - 5.1
	314	155 - 357
	89	44 - 106
c CKD-EPI)	46.86	ml/n
	3.78	< 5.2
	1.14	> 1.03
	2.64	< 3.4
	2.1	< 2.6
	1.20	< 2.26
	27	< 35
	33	< 35
	7.4	4.5 - 6
	5.4048	0.35 - 4.94

Mã Y Tế: 2508425

SID: 160825-1179

TG nhập

TG trả

Chất lư



BỆNH VIỆN TIM TÂM ĐỨC
HÔPITAL DE CARDIOLOGIE
CARDIOLOGY HOSPITAL

Họ tên:

Địa chỉ:

Chẩn đoán: Tăng huyết áp vô căn (nguyên phát); RL lipid máu; Đái

BS chỉ định: TS.BS.TÔN THẤT MINH

YÊU CẦU XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	TRỊ SỐ BÌNH THƯỜNG
Cortisol (Morning)	372.7	102.1 - 535.2
NT-Pro BNP	776.4	
NƯỚC TIỂU		
Micro-Albumin niệu	292.1	0 - 20
* Tổng phân tích nước tiểu		
Tỉ trọng	1.016	
pH	7.0	
Leukocytes	70	Negative: <10
Nitrite	Positive	Negative
Protein	1.0	Negative
Glucose	28	Negative
Ketones	Negative	Negative: <0.5
Urobilinogen	16	Normal: < 17
Bilirubin	Negative	Negative
Blood	Negative	Negative: <5

16/08/2025

09:36 N
PHÓ KHOA

BỆNH ÁN

IC

Mã

SID:

TG

TG

Chẩn

Đối tượng:

Năm sinh:

Giới tính:

Khoa: Phòn

TOA THUỐC

Lần khám: 1

CK: Phòng Khám đ

Toa số 1 của

Tuổi: 97

Bệnh nhân:

Năm sinh: 1928

Giới tính: NỮ

Huyết áp: 150/69 mmHg

Tần số

Địa chỉ:

Số Thẻ bảo hiểm y tế (nếu có):

Chẩn đoán : Ngoại tâm thu nhĩ - Tăng huyết áp - RL lipid máu - Đái tháo đ
típ 2 - TMCT - Suy tim PSTM bảo tồn - Hở van 3 lá trung bình
Bệnh thận mạn gd3a - Suy giáp dưới lâm sàng - Xơ vữa ĐM c
bên - Suy van TM sâu 2 chỉ dưới (I49.1, E78.4, E11)

1. Exforge (Amlodipin, Valsartan, 5/80mg), Uống

SL: 30

Sáng: 01

Trưa:

Chiều:

Tối:

2. Empagliflozin (Jardiance, 25mg), Uống

SL: 30

Sáng: 01

Trưa:

Chiều:

Tối:

3. Linagliptin (Trajenta, 5 mg), Uống

SL: 30

Sáng:

Trưa:

Chiều: 01

Tối:

4. Spironolactone (Verospiron, 25mg), Uống

SL: 15

Sáng: 1/2

Trưa:

Chiều:

Tối:

5. Piracetam (PRACETAM STELLA, 800mg), Uống

SL: 60

Sáng: 01

Trưa:

Chiều: 01

Tối:

6. Trimetazidine (Vastarel MR, 35mg), Uống

SL: 60

Sáng: 01

Trưa:

Chiều: 01

Tối:

7. Daflon 500 (Diosmin + Hesperidin, (450/50mg)), Uống

SL: 60

Sáng: 01

Trưa:

Chiều: 01

Tối:

8. Ketosteril (DL-isoleucin+Leucin+L-histidin+L-lysin
acetat+L-threonin+L-tryptophan+L-tyrosin+Methionine+
Phenylalanin+Valin,), Uống

SL: 60

Sáng: 01

Trưa:

Chiều: 01

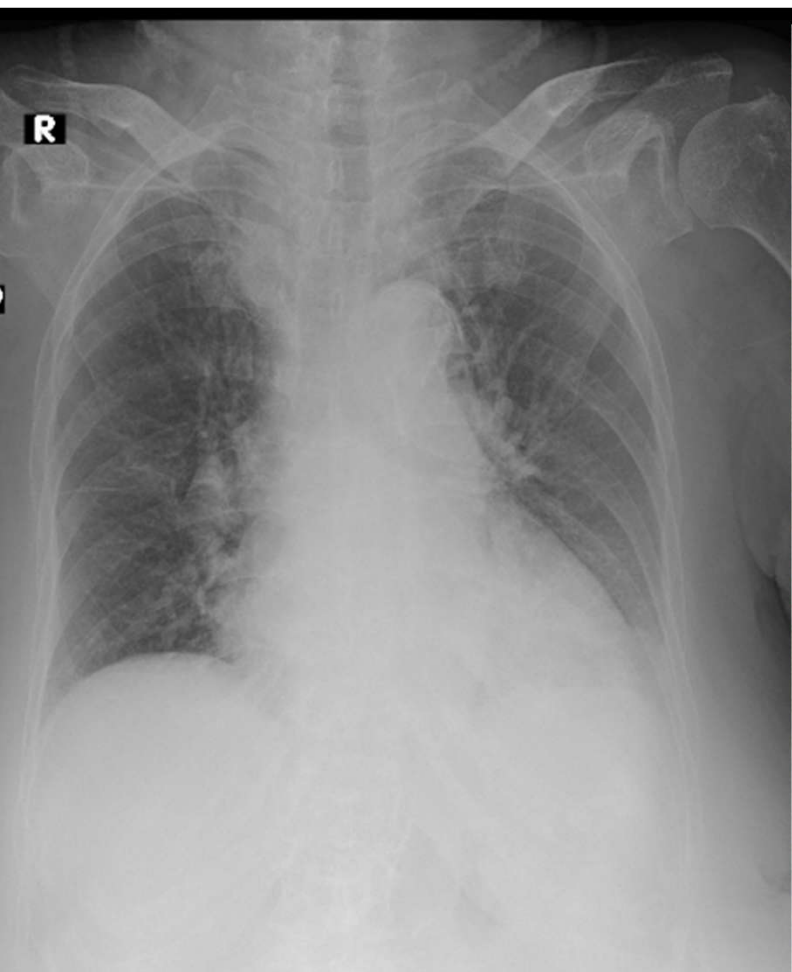
Tối:

10 giờ 3 phút, Ngày 16 tháng 8 n

Chữ ký số hợp lệ ✓
TS.BS. TÔN THẤT MINH

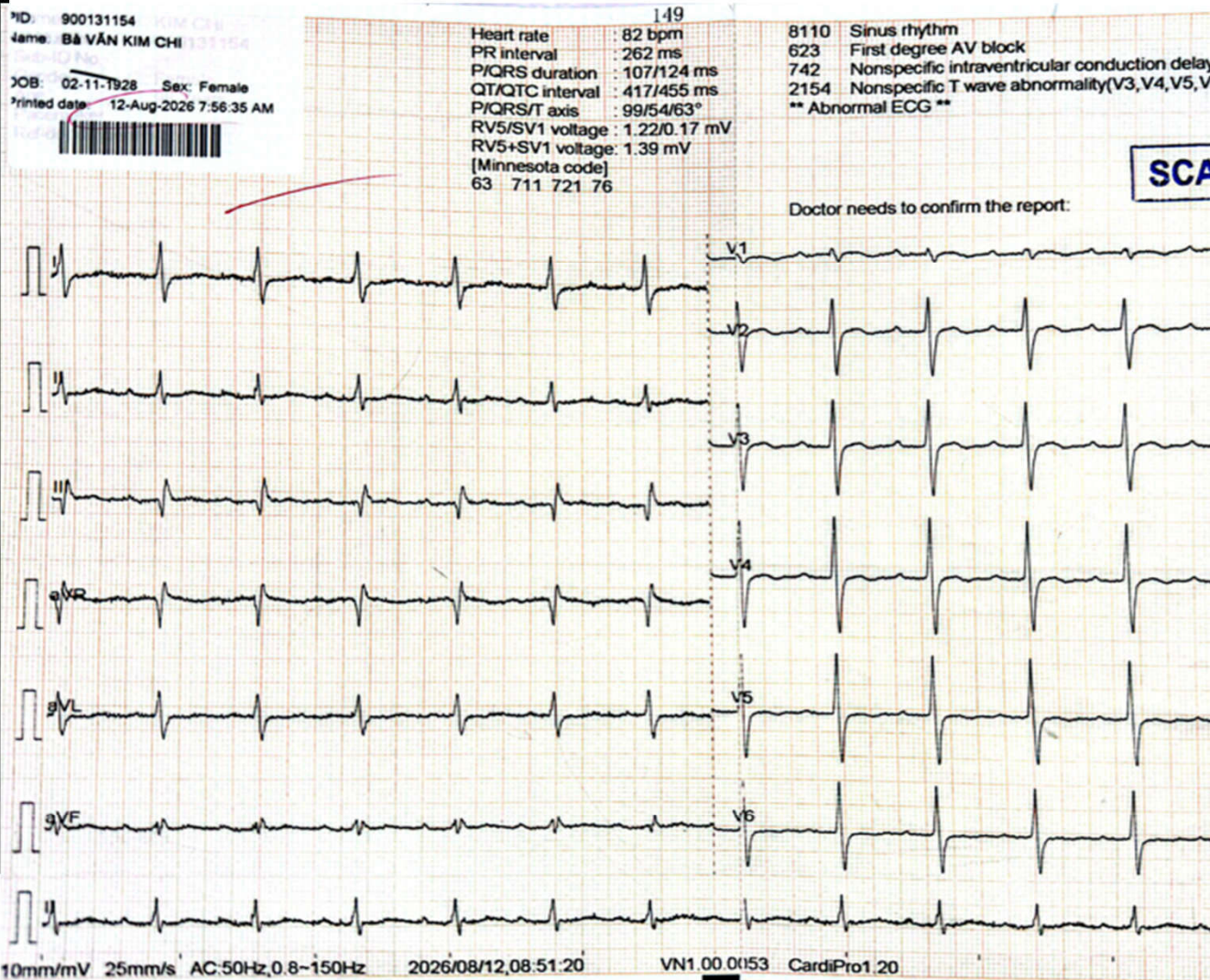
*Tái khám : 15/09/2025

BỆNH ÁN



Quang phổi trong giới hạn bình thường.
to cao áp (người lớn tuổi).

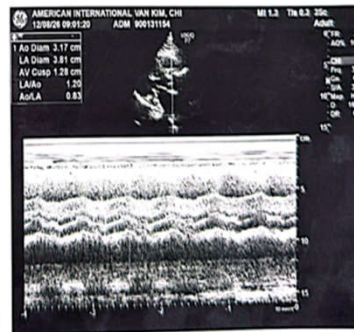
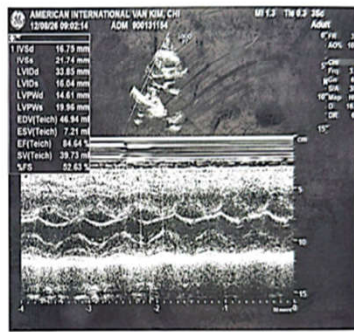
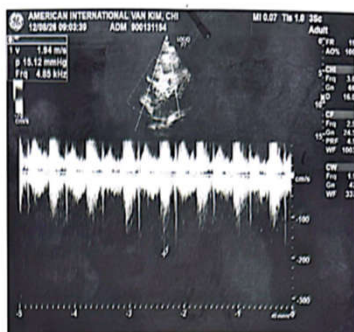
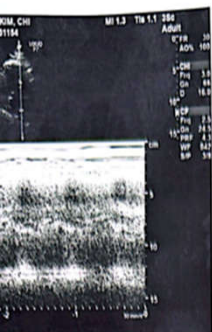
evidence of pulmonary abnormality visualized on chest X-ray.
diomegaly HTN (for age).



12/08/2026

Bác Sĩ Chuyên Khoa / Specialty Doctor

BỆNH ÁN



KẾT QUẢ CHẨN ĐOÁN DIAGNOSTIC IMAGING REPORT

	mmHg	PAPm	mmHg
Gtmean	mmHg	PaPd	mmHg

SUMMARY / Tóm tắt

- Valves: Aortic regurgitation 2/4-
- Van tim: Hở van ĐM chủ 2/4
- Systolic function of LV: Good (EF = 84%) - Dysfunction diastolic
- Chức năng tâm thu và tâm trương thất trái: Tốt (EF = 84%) - Rối loạn CN tâm trương độ 3
- Hypokinetic zone: No
- Vùng giảm động: Không
- Size of cavities: Normal
- Kích thước các buồng tim: Bình thường
- Pulmonary hypertension: No (SPAP = 21 mmHg)
- Tăng áp lực động mạch phổi: Không
- Mild pericardial effusion # 0,5 mm
- Tràn dịch màng ngoài tim khu trú thành trước thất phải 0,5 mm

KẾT LUẬN / IMPRESSION

Dày thất trái đồng tâm - Hở van Động mạch chủ 2/4 - Các lá van 2 lá vôi hóa - không hẹp - Chức năng tâm thu thất trái tốt - Rối loạn CN tâm trương độ 3 - Không rối loạn vận động vùng - Các buồng tim không giãn - Áp lực ĐM phổi bình thường - Tràn dịch màng ngoài tim khu trú thành trước thất phải 0,5 mm -

Bác Sĩ Chuyên Khoa / Specialty Doctor

12/08/2026

ĐƠN THUỐC/ PRESCRIPTION

Họ
Số

identification number/ Citizen identification number/ Identification number/ Passport number (if available): 096128003586

Ngày sinh/ Date of birth: 02-11-1928

Cân nặng/ Weight

Giới tính/ Gender: ☐ Nam/ Male ☒ Nữ/ Female

Mã số bảo hiểm y tế (nếu có)/ Insurance No. (if available):

Nơi thường trú/ nơi tạm trú/ nơi ở hiện tại/ Address: 100/18 Thân Vã

Hồ Chí Minh

Chẩn đoán/ Diagnosis: E78.0: Pure hypercholesterolaemia/ Tăng cholesterol máu đơn thuần
insuline-dependent diabetes mellitus (With coma)/ Bệnh đái tháo đường không phụ thuộc
mê; I10: Essential (primary) hypertension/ Bệnh Tăng huyết áp vô căn (nguyên phát);

Thuốc điều trị/ Treatment medication(s):

Thuốc/ Medication: Losartan (LOSTAD T50 STELLA) viên nén 50mg

Liều dùng: Uống 1 viên (50 Miligam)/lần, một lần mỗi ngày

Đường dùng: Uống

1 Dosage: Take 1 tablet (50 Miligam)/time, Once daily

Route: Oral

Sáng/ Morning: Trưa/ Noon: Chiều/ Afternoon: Tối/ Night:

Thuốc/ Medication: amlodipine (AMLODIPINE) viên nén 5mg

Liều dùng: Uống 1 viên (5 Miligam)/lần, lúc đi ngủ

Đường dùng: Uống

2 Dosage: Take 1 tablet (5 Miligam)/time, At bedtime

Route: Oral

Sáng/ Morning: Trưa/ Noon: Chiều/ Afternoon: Tối/ Night:

Thuốc/ Medication: metFORMIN (GLUCOPHAGE) VIÊN NÉN 500MG

Liều dùng: Uống 1 viên (500 Miligam)/lần, 2 lần mỗi ngày với bữa ăn

Đường dùng: Uống

3 Dosage: Take 1 tablet (500 Miligam)/time, 2 lần mỗi ngày with meals

Route: Oral

Sáng/ Morning: Trưa/ Noon: Chiều/ Afternoon: Tối/ Night:

Thuốc/ Medication: Rosuvastatin (CRESTOR) viên nén 10MG

Liều dùng: Uống 1 viên (10 Miligam)/lần, một lần mỗi ngày

Đường dùng: Uống

4 Dosage: Take 1 tablet (10 Miligam)/time, Once daily

Route: Oral

Sáng/ Morning: Trưa/ Noon: Chiều/ Afternoon: Tối/ Night:

Lời dặn/ Doctor's note:





CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
KHOA XÉT NGHIỆM (MEDIC - LAB)
Hotline: (028) 3834 9593
254 Hòa Hảo, P.Vườn Lái, TP.HCM
Tel: (028) 3927 0284 (Ext: 1134)
Email: hoahaocliniclab@gmail.com
www.medic-lab / www.medic-lab.com.vn

PID: 4790049 S.T.T.: 100248
Ngày giờ đăng ký: 08:53:07 22/08/2026
Ngày giờ lấy mẫu: 09:00:00 22/08/2026
Ngày giờ nhận mẫu: 09:04:00 22/08/2026
PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM
(BM.KQ.22.1 - Ngày ban hành BM: 01/05/2024 - Phiên bản: 1.0)

Phái: Nữ
Quốc tịch:
ĐT: M

Họ

Họ tên: **VĂN KIM CHÍ**
Ngày tháng năm sinh: **1930**
Số CCCD/Hộ chiếu:
Địa chỉ:
Đơn vị: **Medic**
Nơi lấy mẫu: **Tầng trệt**
Loại mẫu: **Máu/N.Tiểu**

Họ tên:
Ngày tháng năm sinh: **1930**
Số CCCD/Hộ chiếu:
Địa chỉ:
Đơn vị: **Medic**
Nơi lấy mẫu: **Tầng trệt**
Loại mẫu: **Máu/N.Tiểu**

Họ tên:
Ngày tháng năm sinh: **1930**
Số CCCD/Hộ chiếu:
Địa chỉ: **100/18 THÂN VĂN NHIẾP, KDC SÔNG GIỐNG, P. AN PH**
Đơn vị: **Medic**
Nơi lấy mẫu: **Tầng trệt**
Loại mẫu: **Máu/N.Tiểu**
BS yêu cầu: **BÁC S**
Tình trạng mẫu: **Đ**

Họ tên:
Ngày tháng năm sinh: **1930**
Số CCCD/Hộ chiếu:
Địa chỉ:
Đơn vị: **Medic**
Nơi lấy mẫu: **Tầng trệt**
Loại mẫu: **Máu/N.Tiểu**
BS yêu cầu: **BÁC SĨ BÊN NGOÀI (MẪU MANG ĐẾN)**
Tình trạng mẫu: **Đạt**

BS yêu cầu: **BÁC SĨ BÊN NGOÀI (MẪU MANG ĐẾN)**
Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN
I. HUYẾT
NFS(C.B.C)(CÔNG

TÊN XÉT NGHIỆM
URINARY
1)Chemistry (S

TÊN XÉT NGHIỆM
KẾT

Casts
Epithelial Cells
Bacteria

III. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY

HbA1C (HPLC)¹:

HbA1c (IFCC)
HbA1c (NGSP)

Glucose (mmol/L) (FPG)¹

Glucose (mg/dL)

IONOGRAMME²:

Na
K
Ca
Cl

MICRO.ALB/Urine (Quantitative):

Micro Albumin/Creat

Iron (Sắt/HT)²

Uric Acid/Serum¹

hs CRP

Urea/ Serum¹

***Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)**

Creatinin/Serum²

***GFR (CKD-EPI)**

TÊN XÉT NGHIỆM

KẾT QUẢ

KHOẢNG THAM CHIẾ

LDL Cholesterol²

1.52

(<2.59; Ngưỡng: 2.59-4.13 mmol

Triglycerides¹

1.07

(<1.70; Ngưỡng: 1.70-2.25 mmol

GGT¹

13.26

(Nam < 55 U/L, Nữ < 36 U/L)

SGOT (AST)¹

21.73

(< 35 U/L)

SGPT (ALT)¹

17.58

(< 30 U/L)

IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY

Vitamin D Total (25-OH Vit D)²

25.08 L

(ng/mL)

Thiếu nặng

.

(≤ 20 ng/mL)

Thiếu

.

(> 20 - < 30 ng/mL)

Bình thường

.

(30 - 100 ng/mL)

Có thể gây hại

.

(> 100 ng/mL)

Troponin-I hs (Abbott)¹

11.49

(Nam < 34.2 ng/L, Nữ < 15.6 ng

Thời gian duyệt: 09:55:10 22/08/2026

Người duyệt: BSCKI. Hồ Thị Long

In lần 1: 09:55:16 22/08/2026

Trưởng khoa xét nghiệm

ThS. Bs. Nguyễn Bảo

II. VI SI
MICRO

* Đây là kết quả dạng số trả tự động từ hệ thống Medic. Bản giấy, khoa Xét Nghiệm không chịu trách nhiệm nếu quý khách không nhận được kết quả này.

* Đây là kết quả dạng số trả tự động từ hệ thống Medic. Bản giấy, khoa Xét Nghiệm không chịu trách nhiệm nếu quý khách không nhận được kết quả này.

22/08/2026

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

(BM.KQ.22.1 - Ngày ban hành BM: 01/05/2024 - Phiên bản: 1.0)

Họ tên: _____
Ngày tháng năm sinh: **1930**
Số CCCD/Hộ chiếu: _____
Địa chỉ: _____
Đơn vị: **Medic**
Nơi lấy mẫu: **Tăng trệt**
Loại mẫu: **Máu**

BS yêu cầu: **BÁC SĨ BÊN NGOÀI (MẪU MANG ĐẾN)**
Tình trạng mẫu: **Đạt**

BỆNH ÁN

Quốc tịch: _____
ĐT: **0948999995**

www.xetnghiem.vn / www.xetnghiem.com.vn

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

(BM.KQ.22.1 - Ngày ban hành BM: 01/05/2024 - Phiên bản: 1.0)

Họ tên: _____
Ngày tháng năm sinh: **1930**
Số CCCD: _____
Địa chỉ: _____
Đơn vị: **Medic**
Nơi lấy mẫu: **Tăng trệt**
Loại mẫu: **Máu**

Phái: **Nữ**
Quốc tịch: _____
BS yêu cầu: **BÁC SĨ BÊN NGOÀI (MẪU MANG ĐẾN)**
Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. HUYẾT HỌC / ĐÔNG MÁU - HEMATOLOGY / COAGULATION			
NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU)¹	*		
WBC	7.71	(4.0 - 10.5)10 ⁹ /L	QTHH019
% Neu	54.3	(40 - 74 %)	
% Lym	34.9	(19 - 48 %)	
% Mono	6.7	(3 - 9 %)	
% Eos	3.2	(0 - 7 %)	
% Baso	0.9	(0 - 1.5 %)	
# Neu	4.18	(1.7 - 7.0) 10 ⁹ /L	
# Lym	2.69	(1.0 - 4.0) 10 ⁹ /L	
# Mono	0.52	(0.1 - 1.0) 10 ⁹ /L	
# Eos	0.25	(0 - 0.5) 10 ⁹ /L	
# Baso	0.07	(0 - 0.2) 10 ⁹ /L	
RBC	4.54	(3.80 - 5.60)10 ¹² /L	QTHH020
Hb	13.4	(12.0 - 18.0 g/dL)	QTHH025
Hct	40.8	(35 - 52 %)	
MCV	89.9	(80 - 100 fL)	
MCH	29.5	(26 - 32 pg)	
MCHC	32.8	(32 - 36 g/dL)	
RDW	13.6	(11.0 - 15.7%)	
PLT	188	(150 - 400)10 ⁹ /L	QTHH021
MPV	9.6	(6.30 - 12.0 fL)	

II. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY**HbA1C (HPLC)¹:*******

QTSH012

Số trang: 1/2

* Đây là kết quả dạng số trả tự động từ hệ thống Medic. Bản giấy, khoa Xét nghiệm đã ký trả bệnh nhân
Mã QR phía trên chứa bệnh án của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác.

Lấy máu tại nhà:
0707 032 052

THỜI GIAN TRẢ KẾT QUẢ TRONG VÒNG:
- 70 Phút cho xét nghiệm thường qui (Sinh hóa, huyết học...)
- 100 Phút cho các xét nghiệm thường qui + miễn dịch
H: High - L: Low

1. Xét nghiệm đã được công nhận ISO 15189:2022
2. Xét nghiệm đã tham gia ngoại kiểm
3. (*) KQ đã kiểm tra lần 2 / (**) KQ báo động
4. KQ chỉ có giá trị trên mẫu xét nghiệm hiện tại

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	M
HbA1c (IFCC)	47.32	(20 - 38.80 mmol/mol)	
HbA1c (NGSP)	6.48	(4.0 - 5.70 %A1c) Quyết định 5481/QĐ-BYT 2020	
IONOGRAMME²:	*		QT
Na	140.0	(130 - 145 mmol/L)	
K	3.65	(3.40 - 5.1 mmol/L)	
Ca	2.34	(2.1 - 2.80 mmol/L)	
Cl	110.4 H	(96 - 108 mmol/L)	
LDH-L²	227.1	(120 - 246 U/L)	QT
Urea/ Serum¹	67.49 H	(15 - 49 mg/dL)	QT
*Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum²	0.840	(Nam: 0.6 - 1.3; Nữ: 0.5 - 1.1 mg/dL)	QT
eGFR (CKD-EPI)	64	(≥ 90 mL/min/1.73 m ²)	
III. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY			
CPK-MB (Abbott)	2.08	(< 7 ng/ml)	QT
Troponin-I hs (Abbott)¹	84.37 **	(Nam < 34.2 ng/L, Nữ < 15.6 ng/L)	QT
B.N.P	534.3 H	(≤ 100 pg/mL)	QT
TSH u.sensitive (3rd G)¹	2.55	(0.32 - 5 µIU/mL)	QT
Free T4² (Roche)	1.21	(0.92 - 1.68 ng/dL)	QT

Thời gian duyệt: 11:07:10 25/08/2026
Người duyệt: BS.Từ Thị Huệ Trang

In lần 2: 11:07:16 25/08/2026
Trường khoa xét nghiệm

Tran
ThS. Bs. Nguyễn Bảo Toàn

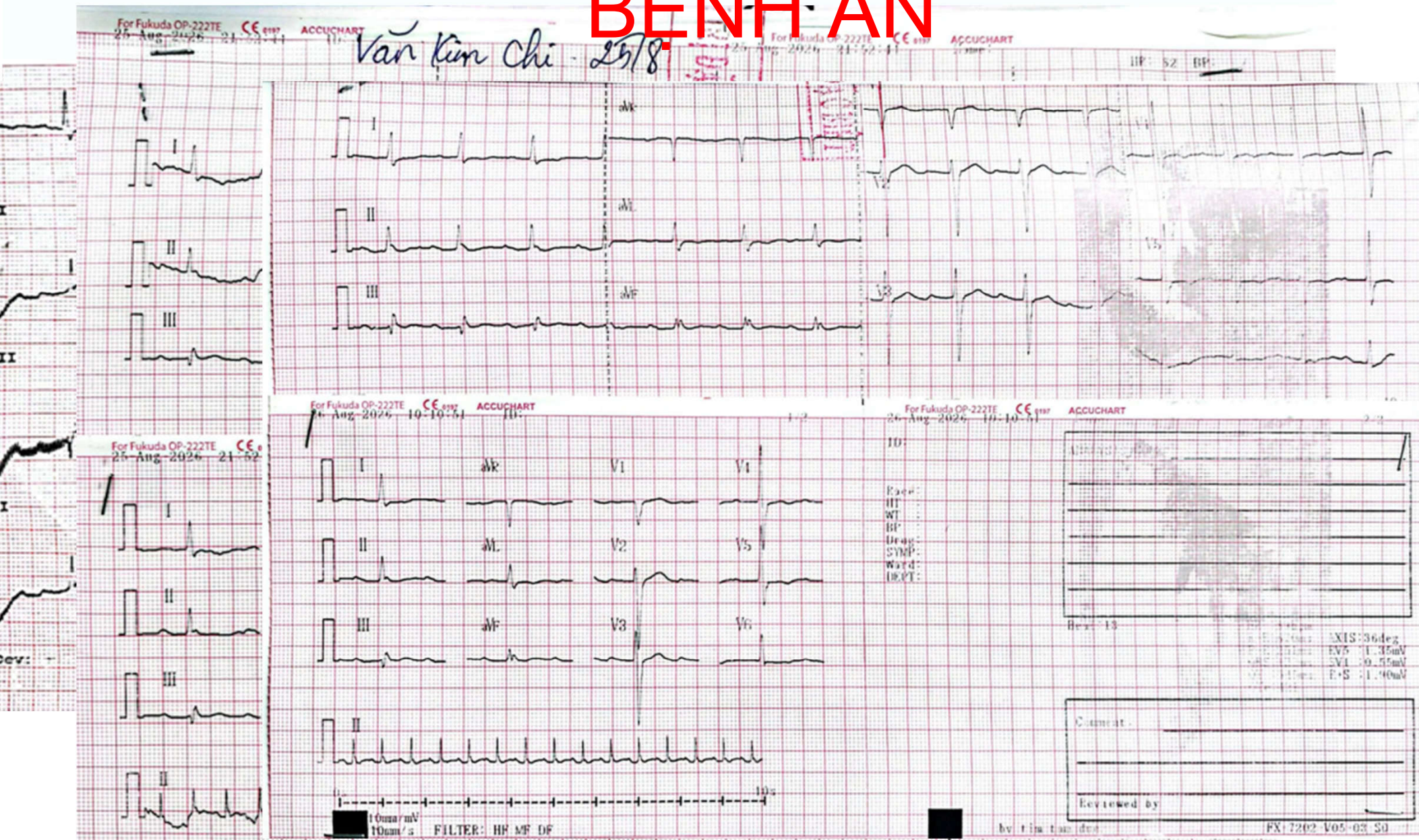
* Đây là kết quả dạng số trả tự động từ hệ thống Medic. Bản giấy, khoa Xét nghiệm đã ký trả bệnh nhân
Mã QR phía trên chứa bệnh án của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác.

Lấy máu tại nhà:
0707 032 052

THỜI GIAN TRẢ KẾT QUẢ TRONG VÒNG:
- 70 Phút cho xét nghiệm thường qui (Sinh hóa, huyết học...)
- 100 Phút cho các xét nghiệm thường qui + miễn dịch
H: High - L: Low

1. Xét nghiệm đã được công nhận ISO 15189:2022
2. Xét nghiệm đã tham gia ngoại kiểm
3. (*) KQ đã kiểm tra lần 2 / (**) KQ báo động
4. KQ chỉ có giá trị trên mẫu xét nghiệm hiện tại

BỆNH ÁN





KẾT LUẬN:

g tim to
cung động mạch chủ
nhiễm thùy dưới phổi (P)

NGHI:

Bạn có thể quét QR-Code để vào trực tiếp
hoặc đăng nhập vào cổng thông tin bệnh nhân

25/08/2026

Ngày 25 tháng 08 năm 2026

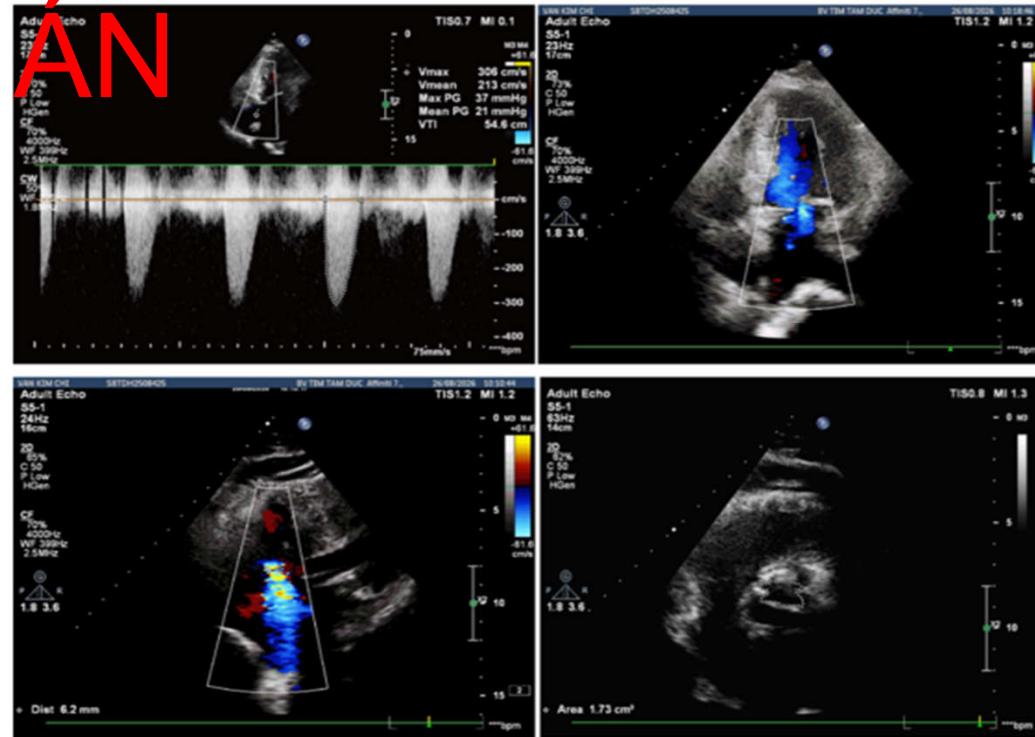
Bác sĩ đọc kết quả

Tên bệnh nhân: V

Năm sinh: 1928

Giới tính: Nữ

Địa chỉ:



Kết luận:

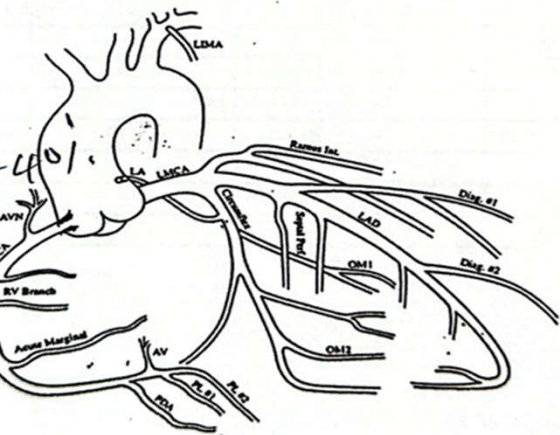
- Thành ngực dày, hạn chế khảo sát.
- Thất trái:
 - + Dày, phần đáy vách liên thất d# 15mm (RWT 0.76), không hẹp buồng tổng, không dẫn.
 - + Rối loạn chức năng tâm trương độ I ($E = 0.8\text{m/s}$, $E/A = 0.6$, $e' \text{ med} = 5.2\text{cm/s}$, $e' \text{ lat} = 7.3\text{cm/s}$, $E/e' = 13$).
 - + Không rối loạn vận động vùng. Chức năng tâm thu thất T tốt ($EF 73\%$) (Simpson BP 65%).
- Hẹp van ĐM chủ nhẹ, SA/2D # 1.7cm2, PG max/mean 37/21mmHg.
- Hở van ĐMC nhẹ, van 3 mảnh, dây kèm vôi hóa nhẹ mép van.
- Hở van 2 lá nhẹ, van dày, sợi hóa, vôi hóa thân lá sau.
- Hở van 3 lá trung bình - nặng. Tăng áp phổi nhẹ (PAPs 40mmHg).
- + VC 6.2mm + ERO 0.19cm2 + TRV 16ml
- Dẫn nhĩ trái, không thấy huyết khối (LAVI 32ml/m2).
- ĐM chủ lên dẫn, không dấu bóc tách.
- Không tràn dịch màng tim.
- TAPSE 24mm. LV mass index 103g/m2. VCI 10/4mm.

Ngày 26 tháng 08 năm 2026
Bác sĩ đọc kết quả

BS. CKI. Ưông Thị Huỳnh Như
Chữ ký số hợp lệ ✓

26/08/2026

LƯỢC ĐỒ THÔNG TIM



Bạn có thể quét QR-Code để vào trực tiếp hoặc đăng nhập vào cổng thông tin bệnh nhân với

TRÌNH TỰ THÔNG TIM

hỗ chọc động mạch quay phải bằng dung dịch Betadine

hỗ với Lidocain

mạch quay phải bằng kim chọc mạch theo phương pháp Seldinger

lẫn dụng cụ (sheath) 6 French vào chỗ chọc động mạch qua dây dẫn

ng đo áp lực động mạch

ông chẩn đoán TIG/JR 5 French theo dây dẫn 0.035 inches vào động mạch chủ, cài

quát phát động mạch vành

vành xác định vị trí tổn thương hẹp mạch vành.

và bằng ép chỗ chọc động mạch

: không hẹp

hất trước (LAD): không hẹp

.Cx): không hẹp

phải (RCA): hẹp 30-40% lỗ xuất phát

uang sử dụng: 30ml Visipaque

26/08/2026

BỆNH ÁN

Holter Summary Report

General			Heart Rate Variability		
			Time Domain		Frequency
Duration (hh:mm)	Recorded 24:00	Analyzed 24:00	SDNN (ms)	48.33	ULF[0-0.003Hz]
Start	8/27/2026 8:22 AM	8/27/2026 8:22 AM	SDANN (ms)	43.47	VLF[0.003-0.04Hz]
Stop	8/28/2026 8:22 AM	8/28/2026 8:22 AM	RMSSD (ms)	26.6	LF[0.04-0.15Hz]
Channels	CH 1, CH 2, CH 3.	CH 1, CH 2, CH 3.	HRV triang.index	13.85	HF[0.15-0.4Hz]
Ventricular Ectopy			Heart Rate		
		Total			Total
(% of total beats)		60 (<0.1 %)	Total Beats	141106	
Isolated		60	Average HR	98	
Bigeminy		0	Max HR	122	8/27/26
Trigeminy		0	Min HR	79	8/27/26
Couplet		0	Bradycardia (< 60 bpm)	0	
Triplet		0	Longest		
V.Tachycardia		0	Tachycardia (> 100 bpm)	7	
Fusion		0	Longest	01:44:31	8/27/26
Supraventricular Ectopy		3164 (2.2 %)	Pause (> 2000 ms)	0	
Isolated		3126	Min RR (ms)	393	8/27/26
Pair		17	Max RR (ms)	29746	8/27/26
Run (>=3)		1	Atrial Fibrillation	0	0 % of
			Longest		---
Relative ST Analysis			Recorder Settings		
Max Elevation (> 1.00 mm)		0.00	Recorder: NR314	Pacemaker Detect	
Max Depression (> 1.00 mm)		0.00	S/N: 10997	Motion sensor: On	
Reference ST: CH 1 -0.1 mm CH 2 0.0 mm CH 3 0.0 mm			Sample Rate: 249 s/sec	Respiration sensor	

HOLTER ECG 24G ghi nhận:

- Nhịp tim căn bản là nhịp xoang, tần số tim từ 79 - 122 l/ph

+ Nhịp tim chậm nhất lúc: 8:22:30 AM

+ Nhịp tim nhanh nhất lúc: 11:46:00 AM

- Ngoại tâm thu thất đơn dạng nhịp đơn, xuất hiện ít trong ngày(<0.1%)

- Ngoại tâm thu nhĩ nhịp đơn,cặp đôi, xuất hiện tương đối nhiều trong ngày, 3164 NTTN/24h (2.2%)

cơn nhanh nhĩ ngắn

- Thịnh thoảng Block AV độ I

- Không ghi nhận khoảng ngừng xoang >2s

- BN không ghi nhận triệu chứng

KẾT LUẬN: NHỊP XOANG TẦN SỐ 79-122 LẦN/PHÚT - BLOCK AV ĐỘ I TỪNG LÚC - NGOẠI TÂM THU NHẤT (<0.1%) - NGOẠI TÂM THU NHĨ (2.2%) - 1 CƠN NHANH NHĨ NGẮN

Physician must review data.

Page 1 of 2

27/08/2026

NH301 H
©20

BỆNH ÁN

4. Kết quả cận lâm sàng chính: XQuang tim phổi: Bóng tim to, dẫn cung ĐMC chủ
ECG: Nhịp xoang, tần số 100 lần/phút, BAV độ I, ST chênh xuống 0.5 mm từ V4-V6.
Siêu âm tim: Thành ngực dày, hạn chế khảo sát.

- Thất trái:

+ Dày, phần đáy vách liên thất d# 15mm (RWT 0.76), không hẹp buồng tổng, không dẫn.

+ Rối loạn chức năng tâm trương độ 1 ($E = 0.8\text{m/s}$, $E/A = 0.6$, $e'_{\text{med}} = 5.2\text{cm/s}$, $e'_{\text{lat}} = 7.3\text{cm/s}$, $E/e' = 13$).

+ Không rối loạn vận động vùng. Chức năng tâm thu thất T tốt (EF 73%) (Simpson BP 65%).

- Hẹp van ĐM chủ nhẹ, SA/2D # 1.7cm², PG max/mean 37/21mmHg. Hở van ĐMC nhẹ, van 3 mảnh, dày kèm vôi hóa nhẹ mép van.

- Hở van 2 lá nhẹ, van dày, sợi hóa, vôi hóa thân lá sau.

- Hở van 3 lá trung bình - nặng. Tăng áp phổi nhẹ (PAPs 40mmHg).+ VC 6.2mm + ERO 0.19cm² + TRV 16ml

- Dẫn nhẹ nhĩ trái, không thấy huyết khối (LAVI 32ml/m²).

- ĐM chủ lên dẫn, không dấu bóc tách.

- Không tràn dịch màng tim.

- TAPSE 24mm. LV mass index 103g/m². VCI 10/4mm.

Holter ECG: Nhịp xoang tần số 79-122 lần/ phút - block av độ I từng lúc - ngoại tâm thu thất (<0.1%) - ngoại tâm thu nhĩ (2.2%) - 1 cơn nhanh nhĩ ngắn

XN khác:

- Troponin I hs = 84 --> 79 -->66.5 -->105.6 --> 87.2 -->42.3 pg/ml

- NT-proBNP 2347 -->1441

- Creatinin: 71 -->68 -->75

5. Giải phẫu bệnh:

BỆNH ÁN

6. Chẩn đoán ra viện:

Bệnh chính: MINOCA - CMV 27/8/2026 RCA hẹp 30-40% lỗ xuất phát/Bệnh mạch vành mạn - Suy tim PSTM bảo tồn - Hở van 3 lá trung bình, nặng - Hẹp hở van ĐMC nhẹ - Tăng huyết áp - RL lipid máu (LDL-c 1.5) - Đái tháo đường típ 2 (HbA1c 6.4%) - Bệnh thận mạn G2A3 (eGFR 64, ACR 300) - Xơ vữa ĐM cảnh 2 bên

Bệnh kèm theo: Bệnh Tăng huyết áp vô căn (nguyên phát), Rối loạn chuyển hóa lipoprotein và tình trạng tăng lipid máu khác, Bệnh đái tháo đường không phụ thuộc insuline, Suy thận mạn, Suy tim, Hở van ba lá, Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn

7. Phương pháp điều trị: Plavix, Vastarel, Imdur, Exforge, Lipitor, Glucophage, Forxiga, Spiromide, Pantoloc

8. Kết quả điều trị: Tình trạng người bệnh ra viện: Bệnh nhân khỏe, không đau ngực, không khó thở, tim nhịp đều, phổi thông khí đều 2 bên, bụng mềm

Hướng điều trị và các chế độ tiếp: Tái khám TS.BS. Tôn Thất Minh sau 1 tuần

29/08/2026

Chủ nhiệm khoa duyệt
(Ký, họ tên)



29/08/2026

Bác sĩ điều trị
(Ký, họ tên)





BỆNH VIỆN TIM TÂM ĐỨC
HOSPITAL DE CARDIOLOGIE
CARDIOLOGY HOSPITAL

Mã Y Tế: 2508425

SID: 050926-1137

TC nhận m: 07/09/2026 07:49

TC trả KQ: 07/09/2026 08:38

Chẩn đoán mẫu Đ

BỆNH ÁN

ĐƠN THUỐC

Toa số 1 của 1

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Họ tên:
Địa chỉ:
Chẩn đoán: MINOCA
BS chỉ định: TS.BS.TÔN THẮT MINH

Đối tượng: BHYT 100%
Năm sinh: 1928 Tuổi: 98
Giới tính: Nữ
Khoa: Phòng Khám đặc biệt

YÊU CẦU XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	TRỊ SỐ BÌNH THƯỜNG	ĐƠN VỊ	KẾT QUẢ CŨ
HUYẾT HỌC				
* Tổng phân tích tế bào máu bằng máy đếm laser:				
WBC	7.83	4.6 - 10.2	K/uL	8.06 (26/08/26)
NEU %	57.0	37 - 80	%	57.9 (26/08/26)
LYM%	34.5	10 - 50	%	30.4 (26/08/26)
MONO%	4.48	0 - 12	%	7.9 (26/08/26)
EOS%	3.40	0 - 7	%	2.7 (26/08/26)
BASO%	0.60	0 - 2.5	%	0.7 (26/08/26)
RBC	4.77	4.06 - 6.13	M/uL	4.78 (26/08/26)
HGB	136	122 - 181	g/L	136 (26/08/26)
HCT	0.399	0.37 - 0.53	l/Lit	0.415 (26/08/26)
MCV	83.6	80 - 97	fL	86.8 (26/08/26)
MCH	28.6	27 - 31.2	pg	28.5 (26/08/26)
MCHC	342	318 - 354	g/L	328 (26/08/26)
PLT	216	142 - 424	K/uL	177 (26/08/26)
SINH HÓA				
Đường huyết sau ăn	9.15	7 - 8	mmol/L	
ALT (SGPT)	18	< 35	U/L37°C	16 (25/08/26)
AST (SGOT)	24	< 35	U/L37°C	47 (25/08/26)
Điện giải đồ (Na+)	142	136 - 146	mmol/L	144 (28/08/26)
Điện giải đồ (K+)	3.41	3.5 - 5.1	mmol/L	3.51 (28/08/26)
Điện giải đồ (Cl-)	103	101 - 109	mmol/L	
Creatinine	94	49 - 90	μmol/L	75 (28/08/26)
eGFR (theo công thức CKD-EPI)	43.55		ml/min/1.73m2	57.23 (28/08/26)
MIỄN DỊCH				
NT-Pro BNP	505.2		pg/mL	1441.3 (27/08/26)
HS Troponin - I	14.3	<= 15.6	pg/mL	42.3 (28/08/26)

Bệnh nhân:
Số ĐDCN/CCCD/căn cước/hộ chiếu của người bệnh: 096128003586
Ngày sinh: 02/11/1928 Cân nặng: 60.0 kg Chiều cao: 155 cm BMI:
Mã số bảo hiểm y tế: LH2757523405664 Mạch: 102 lần/phút HA: 1
Nơi thường trú/tạm trú/nơi ở hiện tại: 100/18 Thân Văn Nhiếp, Phường Bình 1
Tp Hồ Chí Minh

Chẩn đoán : MINOCA - CMV 27/8/2026 RCA hẹp 30-40% lỗ xuất phát/Bệnh mạch vành mạn - Suy tim PSTM bảo tồn - Hở van 3 lá trung bình nặng - Hẹp hở van ĐMC nhẹ - Tăng huyết áp - RL lipid máu (LDL-c 1.5) - Đái tháo đường típ 2 - Bệnh thận mạn G2A3 (eGFR 64, ACR 300) - Xơ vữa ĐM cảnh 2 bên (I49.1, E78.4, E11, N18.3)

1. Clopidogrel (Plavix, 75mg), Uống SL: 35
Sáng: 01 Trưa: Chiều: Tối:
2. Trimetazidine (Vastarel MR, 35mg), Uống SL: 70
Sáng: 01 Trưa: Chiều: 01 Tối:
3. Isosorbide dinitrate (Biresort, 10mg), Uống SL: 35
Sáng: 1/2 Trưa: Chiều: 1/2 Tối:
4. Exforge (Amlodipine+Valsartan, 5/80mg), Uống SL: 35
Sáng: 01 Trưa: Chiều: Tối:
5. Rosuvastatin (Crestor, 20mg), Uống SL: 35
Sáng: Trưa: Chiều: 01 Tối:
6. Metformin (Glucophage, XR 500mg), Uống SL: 35
Sáng: Trưa: Chiều: 01 Tối:
7. Dapagliflozin (Forxiga, 10mg), Uống SL: 35
Sáng: 01 Trưa: Chiều: Tối:
8. Spiromide (Furosemide, Spironolactone, 20/50mg), Uống SL: 18
Sáng: Trưa: 1/2 Chiều: Tối:
9. Pantoprazole (Pantostad CAP, 40mg), Uống SL: 35
Sáng: Trưa: Chiều: 01 Tối:

9 giờ 12 phút, Ngày 5 tháng 9 năm

05/09/2026

08:38 Ngày 05/09/2026
PHÒNG KHOA XÉT NGHIỆM

TS BS Tôn Thất Minh
Ngày ký: 09:25:51 05/09/2026
Chữ ký số hợp lệ ✓

TỔNG QUAN

- **MINOCA (Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries):** Là tình trạng tổn thương cơ tim cấp tính nhưng kết quả chụp mạch vành không ghi nhận chỗ hẹp đáng kể (dưới 50%), chiếm khoảng 5–10% tổng số ca nhồi máu cơ tim theo các tài liệu của [Trường Môn Tim mạch Hoa Kỳ \(ACC\)](#) và Hội Tim mạch Châu Âu (ESC). Bệnh này thường gặp ở phụ nữ hơn nam giới. (1)
- **Dấu mốc MINOCA được y văn thế giới nói đến (2):**
- **Năm 1939:** Gross và Steinberg ghi nhận hiện tượng nhồi máu cơ tim mà mạch vành không bị tắc nghẽn trong các báo cáo tử thi và được củng cố bằng các nghiên cứu chụp mạch vành của DeWood vào những năm 1980, nhưng cụm từ viết tắt MINOCA mới chỉ xuất hiện chính thức trong hơn một thập kỷ qua.

(1): NGHIÊN CỨU PROMISE – CHIẾN LƯỢC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THEO CƠ CHẾ BỆNH SINH Ở MINOCA, Hội tim mạch học Việt Nam, 29/10/2025: <https://vnha.org.vn/ctype-newsweek/nguyen-cuu-promise---chien-luoc-chan-doan-va-dieu-tri-theo-co-che-benh-sinh-o-minoca-247.htm>

TỔNG QUAN

Năm 2013 (Lần đầu tiên xuất hiện thuật ngữ): Giáo sư John F. Beltrame và các cộng sự (đại học Adelaide, Australia) là những người tiên phong chính thức đưa thuật ngữ MINOCA vào y văn thế giới, nhằm thay thế cho các thuật ngữ cũ gây nhầm lẫn trước đó như MINC (Myocardial Infarction with Normal Coronary arteries) hoặc MINCA (Myocardial Infarction with Normal Coronary Angiogram): nhồi máu cơ tim với mạch vành bình thường, và để nhấn mạnh đây là một "chẩn đoán phải làm tới nữa" (working diagnosis) để tìm nguyên nhân chứ không phải một chẩn đoán cuối cùng.

Năm 2016 - 2017 (Được công nhận quốc tế): Hội Tim mạch Châu Âu (ESC) trở thành tổ chức quốc tế đầu tiên chính thức ban hành một văn bản đồng thuận (Position Paper) riêng về MINOCA vào năm 2017, chuẩn hóa các tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng.

Năm 2018 (Cột mốc toàn cầu): MINOCA chính thức được đưa vào văn bản "Định nghĩa toàn cầu lần thứ 4 về Nhồi máu cơ tim" (4th Universal Definition of Myocardial Infarction). Sự kiện này đã hợp thức hóa vị trí của MINOCA trong bảng phân loại bệnh học tim mạch thế giới.

Năm 2019: Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA) xuất bản Tuyên bố Khoa học riêng (Scientific Statement) để cập nhật và làm rõ hơn phác đồ tiếp cận cũng như loại trừ các yếu tố không do thiếu máu cục bộ (như viêm cơ tim) ra khỏi định nghĩa MINOCA cốt lõi.

(2): Contemporary Diagnosis and Management of Patients With Myocardial Infarction in the Absence of Obstructive Coronary Artery Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. [Volume 139, Number 18, https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000670](https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000670). 27, March

TỔNG QUAN

Tiêu chuẩn chẩn đoán theo ACC/AHA và ESC (3):

Theo định nghĩa toàn cầu về nhồi máu cơ tim, một bệnh nhân được chẩn đoán là MINOCA khi thỏa mãn đồng thời 3 điều kiện sau:

- **Có nhồi máu cơ tim cấp:** Nồng độ men tim (Troponin) tăng hoặc giảm kèm theo triệu chứng thiếu máu cơ tim hoặc thay đổi trên điện tâm đồ (ECG).
- **Mạch vành không tắc nghẽn:** Chụp mạch vành qua da cho thấy tổng mạch vành không bị tắc nghẽn (độ hẹp < 50% ở nhánh chính).
- **Không có nguyên nhân rõ ràng khác:** Loại trừ các bệnh lý cấp tính khác gây tăng men tim (như viêm cơ tim, thuyên tắc phổi, suy thận nặng).

TỔNG QUAN

Nguyên nhân chính gây ra MINOCA (3):

Nguyên nhân tại mạch vành:

- Vỡ hoặc xơ vữa mảng bám động mạch vành nhưng chưa gây tắc nghẽn hoàn toàn.
- Co thắt mạch vành (làm giảm đột ngột lưu lượng máu nuôi tim).
- Bóc tách động mạch vành tự phát.
- Huyết khối hoặc tắc mạch vành do cục máu đông tự tiêu hoặc huyết khối từ nơi khác đến.

Nguyên nhân ngoài mạch vành (Mất cân bằng cung - cầu Oxy):

- Nhịp tim quá nhanh hoặc quá chậm.
- Thiếu máu nặng hoặc huyết áp thấp kéo dài.

TỔNG QUAN

Trường Môn Tim mạch Hoa Kỳ/ Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (ACC/AHA) và **Hội Tim mạch Châu Âu (ESC)**, nguyên tắc cốt lõi trong phác đồ điều trị lâu dài của MINOCA là cá thể hóa dựa trên nguyên nhân nền tảng.(4)

MINOCA không phải là một bệnh lý đơn lẻ mà là một "chẩn đoán phải làm tới nữa" (working diagnosis). Do đó, việc áp dụng máy móc phác đồ nhồi máu cơ tim thông thường (như đặt stent hay dùng thuốc kháng tiểu cầu vô thời hạn) có thể không mang lại lợi ích mà còn tăng nguy cơ cho bệnh nhân.

(4): 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation, [Volume 151, Number 13](https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001309). 27 February 2025. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001309>

TỔNG QUAN

. Nhóm do tổn thương mảng xơ vữa (Plaque Disruption):

Áp dụng khi siêu âm trong lòng mạch (IVUS) hoặc chụp cắt lớp quang học mạch vành (OCT) phát hiện mảng xơ vữa bị nứt, vỡ hoặc loét nhưng chưa gây tắc nghẽn. Nhóm này được điều trị tương tự như nhồi máu cơ tim do huyết khối thông thường:

Thuốc kháng tiểu cầu:

- **ESC:** Khuyến cáo dùng **liệu pháp kháng tiểu cầu kép (DAPT)** (Aspirin kết hợp với một thuốc ức chế P2Y₁₂ như Ticagrelor hoặc Clopidogrel) trong **12 tháng đầu**, sau đó duy trì kháng tiểu cầu đơn (SAPT) vô thời hạn.
- **AHA:** Thường ưu tiên sử dụng **Aspirin đơn trị liệu** lâu dài, cân nhắc bổ sung thuốc kháng tiểu cầu thứ hai tùy thuộc vào mức độ gánh nặng xơ vữa của từng bệnh nhân.

Statin cường độ cao: Bắt buộc dùng lâu dài (ví dụ: Atorvastatin 40–80 mg hoặc Rosuvastatin 20–40 mg) nhằm ổn định mảng xơ vữa và hạ mục tiêu LDL-Cholesterol xuống **< 55 mg/dL** (< 1.4 mmol/L).

Thuốc ức chế hệ RAA (ACEi/ARB): Chỉ định lâu dài giúp cải thiện tiên lượng và giảm tử vong (dựa trên dữ liệu từ số bộ SWEDHEART).

TỔNG QUAN

2. Nhóm do co thắt mạch vành (Coronary Artery Spasm):

Xảy ra khi mạch vành lớn (epicardial) hoặc vi mạch vành bị co thắt quá mức. Phác đồ tập trung vào việc giãn mạch và ngăn ngừa cơn co thắt tái phát:

- **Thuốc chẹn kênh Canxi (CCB) - Lựa chọn đầu tay:** Sử dụng các thuốc nhóm Non-dihydropyridine (như Diltiazem, Verapamil) hoặc Dihydropyridine tác dụng kéo dài (Amlodipine). Đây là nhóm thuốc có bằng chứng rõ ràng nhất giúp giảm tái phát biến cố tim mạch ở bệnh nhân co thắt mạch vành.

- **Nitrat tác dụng kéo dài:** Được phối hợp bổ sung nếu thuốc chẹn kênh Canxi đơn thuần không kiểm soát được triệu chứng đau ngực.

- **Lưu ý đặc biệt: Chống chỉ định tuyệt đối thuốc chẹn beta (Beta blockers)** không chọn lọc vì chúng có thể làm trầm trọng hơn tình trạng co thắt mạch vành do kích hoạt receptor alpha-adrenergic.

TỔNG QUAN

3. Nhóm do rối loạn chức năng vi mạch vành

(Coronary Microvascular Dysfunction - CMD):

Áp dụng khi hệ vi mạch (các mạch máu siêu nhỏ nuôi tim) bị mất khả năng giãn hoặc co thắt bất thường.

Thuốc chẹn Beta (Beta-blockers) hoặc Chẹn kênh Canxi (CCB):

Giúp giảm tần suất và cường độ các cơn đau ngực, hạ nhịp tim và giảm nhu cầu oxy cơ tim.

Thuốc ức chế men chuyển (ACEi): Giúp cải thiện chức năng lớp nội mạc vi mạch vành.

Các thuốc hỗ trợ khác: Nicorandil, Trimetazidine hoặc Ranolazine được cân nhắc thêm vào nếu bệnh nhân vẫn còn đau ngực dai dẳng.

TỔNG QUAN

4. Nhóm bóc tách động mạch vành tự phát (SCAD):

Thường gặp ở phụ nữ trẻ tuổi, không có yếu tố nguy cơ tim mạch truyền thống.

Hạn chế can thiệp tối đa: Ưu tiên điều trị nội khoa bảo tồn vì lòng mạch vành có xu hướng tự lành theo thời gian.

Thuốc chẹn Beta (Beta-blockers): Là nền tảng bắt buộc lâu dài giúp giảm áp lực dòng máu lên thành mạch, bảo vệ mạch vành không bị bóc tách lan rộng hoặc tái phát.

Thuốc kháng tiểu cầu: Thường duy trì Aspirin đơn trị liệu trong vài tháng đến vài năm. Việc dùng kháng tiểu cầu kép (DAPT) dài hạn cần được cân nhắc kỹ do nguy cơ làm khối máu tụ trong thành mạch tiến triển nặng hơn.

TỔNG QUAN

5. Điều trị nền tảng cho mọi bệnh nhân MINOCA:

Bên cạnh thuốc đặc hiệu theo nguyên nhân, tất cả bệnh nhân MINOCA đều cần tuân thủ:

Kiểm soát tối ưu các yếu tố nguy cơ: Điều trị triệt để tăng huyết áp ($<130/80$ mmHg), quản lý nghiêm ngặt đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường.

Thay đổi lối sống: Áp dụng chế độ ăn giàu rau xanh, cá, dầu thực vật, cai thuốc lá hoàn toàn và giảm cân nếu có béo phì.

Phục hồi chức năng tim mạch (Cardiac Rehabilitation): Tập thể dục nhịp điệu vừa sức ít nhất 150 phút/tuần để cải thiện khả năng gắng sức và nâng cao chất lượng cuộc sống.

TỔNG QUAN

ÊU CHUẨN RA VIỆN (5):

Các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng bắt buộc:

h cần đáp ứng các dấu hiệu an toàn sau trong vòng **24 – 48 giờ** trước khi xuất viện
Đet hoàn toàn đau ngực: Không xuất hiện lại cơn đau ngực kiểu thiếu máu cục bộ cấp.

Huyết động hoàn toàn ổn định: Huyết áp và nhịp tim giữ ở mức bình thường ổn định và không cần truyền thuốc vận mạch hay thuốc giãn mạch đường tĩnh mạch.

Không có biến chứng cấp tính: Không có dấu hiệu của suy tim tiến triển (như ứ nước ở phổi, cơ ran ở phổi) và không ghi nhận các rối loạn nhịp thất nguy hiểm (nhịp nhanh thất) trên điện tâm đồ (ECG) hoặc hệ thống theo dõi.

Quy trì phác đồ thuốc uống tốt: Bệnh nhân dung nạp tốt với các thuốc điều trị nhồi máu đường uống được thiết kế riêng theo nguyên nhân nền tảng (như thuốc chẹn anxi, statin, hoặc chẹn beta).

(5): MINOCA: A Pathophysiological Approach of Diagnosis and Treatment—A Narrative Review. Biomedicines, 2024 Oct 25;12(11):2457. doi: [10.3390/biomedicines12112457](https://doi.org/10.3390/biomedicines12112457)

TỔNG QUAN

II. Tiêu chuẩn cụ thể về men tim hs-cardiac Troponin I:

Trong hội chứng MINOCA, xét nghiệm **hs-cTnI** không dùng để tìm một con số tuyệt đối bất thường (về dưới ngưỡng bình thường) tại thời điểm ra viện, vì mô cơ tim bị tổn thương có thể mất vài ngày đến vài tuần để đào thải hết men tim. Thay vào đó, tiêu chuẩn ra viện dựa trên **động học và xu hướng phóng thích (Kinetics)** của hs-cTnI:

1. Đã đạt đỉnh rõ rệt và đang trên đà giảm (Clear Peak and Downward Trend):

- Cần làm tối thiểu 2 đến 3 mẫu xét nghiệm định kỳ để xác định đường cong men tim.
- Tiêu chuẩn ra viện yêu cầu mẫu hs-cTnI gần nhất **phải thấp hơn rõ rệt so với giá trị đỉnh (Peak value)** trước đó và đang giảm dần ổn định. Điều này chứng tỏ vùng cơ tim bị tổn thương đã được cô lập, không có tình trạng hoại tử tế bào cơ tim mới hay tái nhồi máu diễn ra.

2. Biến thiên ổn định (Hết động học cấp tính):

- Nếu nồng độ hs-cTnI vẫn còn cao hơn ngưỡng bách phân vị thứ 99 (ngưỡng bình thường thông thường là $< 16-34 \text{ ng/L}$ tùy giới tính và tùy loại kit xét nghiệm của bệnh viện) thì mức độ biến thiên giữa các mẫu thử liên kế (trong vòng 12-24 giờ) phải **nhỏ hơn 20%**.
- Sự thay đổi phẳng này (gọi là trạng thái bình nguyên hoặc giảm chậm) chứng tỏ tổn thương cấp tính đã dừng lại và chuyển sang giai đoạn dọn dẹp mô sợi, cho phép bệnh nhân xuất viện an toàn.

BÀN LUẬN

Các thuật ngữ liên quan:

MINOCA (Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries): là một hội chứng cấp, bệnh nhân phải thỏa tiêu chuẩn nhồi máu cơ tim; là chẩn đoán phải làm tới nửa (working diagnosis) để truy tìm cơ chế sinh bệnh.

INOCA (Ischemia No Obstructive Coronary Arteries): phải có bằng chứng thiếu máu cơ tim, bên cạnh không có tắc nghẽn có ý nghĩa.

ANOCA (Angina No Obstructive Coronary Arteries): có triệu chứng đau thắt ngực, chưa bắt buộc chứng minh thiếu máu cơ tim.

Tóm tắt: MINOCA: coined 2013, ESC 2017, AHA 2019; INOCA: coined 2017, ESC consensus 2020/ACC-AHA guideline 2021; ANOCA: formal ESC adoption 2024, AHA statement usage 2025.

Nguồn gốc:  MINOCA và mốc 2013,  ESC position paper MINOCA 2017,  AHA statement MINOCA 2019,  bài đặt khuôn khổ INOCA năm 2017,  ACC/AHA Chest Pain Guideline 2021,  ESC CCS Guideline 2024.

BÀN LUẬN

Bn có bloc A-V độ 1 mạn tính từ nhiều năm nay: Khả năng cao nhất là **thoái hóa-xơ hóa hệ dẫn truyền do tuổi** (bệnh hệ dẫn truyền liên quan tuổi/Lev–Lenègre), nhất là ở người 96 tuổi (6).

Tại sao có sự thay đổi trên ECG của bn này:

ST chênh xuống, ST âm trên các chuyển đạo trước tim I, aVL, V4, V5, V6 xuất hiện vài ngày sau Bs của bv mới thay đổi thuốc (tự ý bỏ Vastarel, Panangin (bù từng đợt khi bn có Kali máu thấp hoặc có dung lợi tiểu), CoQ10, Omega 3,6,9 dùng xen kẽ cách ngày, của các Bs bv cũ đang theo dõi), tại sao, giúp bn ổn định từ nhiều năm nay.

Nguyên nhân ngoài mạch vành: có thể do nhịp nhanh (trên 100 lần/phút) trong đêm 24/08/2026 sáng 25/08/2026 + thiếu các thuốc hỗ trợ mạch vành (dùng nhiều năm nay) làm mất cân bằng nồng độ oxy cơ tim dẫn đến thiếu máu cơ tim thành trước bên ?

Các nguyên nhân tại mạch vành: bóc tách mạch vành: không có triệu chứng phù hợp; co thắt động mạch vành, nghẽn hoặc vỡ mảng xơ vữa trong lòng mạch vành, huyết khối động mạch vành: không kiểm chứng được vì không có làm IVUS, MRI tim.

Chẩn đoán giai đoạn đầu là INOCA diễn tiến sang MINOCA vì thỏa mãn được các tiêu chuẩn đã nêu

- Có nhồi máu cơ tim (Troponin I tăng rồi giảm dần qua nhiều ngày, có thay đổi trên ECG: ST chênh xuống và T âm ở I, aVL, V4, V5, V6).
- Không có tắc nghẽn mạch vành đáng kể: nhánh LAD không hẹp, nhánh RCA hẹp 30-40% ở đầu phát, LCX không hẹp.
- Không có các nguyên nhân rõ ràng khác: viêm cơ tim, thuyên tắc phổi, suy thận mạn nặng...

BÀN LUẬN

Điều trị: cá thể hóa người bệnh, cơ bản dựa trên phác đồ tiêu chuẩn của các hội nghề nghiệp, có gia giảm cho phù hợp với bệnh nhân cao tuổi.

Thuốc: ổn định huyết áp (Exforge 5/80mg), lợi tiểu (Spiromide 20/50mg), dẫn và hỗ trợ mạch vành (ISDN 10mg + Vastarel-MR 35mg), ổn định đường huyết (Foxiga 10 mg + Glucophage XR 500mg), điều trị giảm mỡ máu và ổn định mảng xơ vữa (chọn Rosuvastatin, không chọn Atorvatain để giảm đau cơ và ảnh hưởng lên gan...)

Riêng thuốc chống kết tập tiểu cầu: chọn dùng Plavix, không dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu kép (Aspirine + Clopidrogel), không chọn Aspirine (theo AHA) để giảm bớt nguy cơ xuất huyết tiêu hóa và não.

Theo dõi sát sao: rất quan trọng, để kịp thời điều chỉnh thuốc men, tránh các tác dụng bất lợi của từng loại thuốc.

KẾT LUẬN

Các bác sĩ nội khoa, khám lần đầu cho những bn cao tuổi, có bệnh tim mạch mạn tính, cần tìm hiểu kỹ quá trình dùng thuốc lâu dài theo chuyên khoa của bệnh nhân (vốn đã giúp bn đang ổn định), nếu không cần thiết thì không nên thay đổi theo hiểu biết chủ quan của mình, đột ngột bỏ các thuốc hỗ trợ mạch vành đã dùng lâu năm, dễ làm bn mất cân bằng cung cầu oxy cơ tim dẫn đến thiếu máu cơ tim hoặc nhồi máu cơ tim cấp.

Điều trị cơ bản dựa vào phác đồ của các hiệp hội nghề nghiệp, gia giảm cho phù hợp với từng đối tượng (cá thể hóa người bệnh), không áp dụng máy móc 100% để tránh nguy cơ bất lợi cho bn.

Chẩn đoán MINOCA vì thỏa mãn các tiêu chuẩn theo y văn. Là cơ hội để tìm hiểu thêm về các thuật ngữ: MINOCA, INOCA và ANOCA mới được các hiệp hội nghề nghiệp ACC/AHA, ESC đề ra trong những năm gần đây.

Hạn chế của bài report: bn không được làm IVUS và MRI tim để giúp xác định chính xác cơ chế gây MINOCA của bn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- (1): NGHIÊN CỨU PROMISE – CHIẾN LƯỢC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THEO CƠ CHẾ BỆNH SINH Ở MINOCA, Hội tim mạch học Việt Nam, 29/10/2025: <https://vnha.org.vn/ctype-newsweek/nguyen-cuu-promise---chien-luoc-chan-doan-va-dieu-tri-theo-co-che-benh-sinh-o-minoca-247.htm>
- (2): Contemporary Diagnosis and Management of Patients With Myocardial Infarction in the Absence of Obstructive Coronary Artery Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. [Volume 139, Number 18, https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000670](https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000670). 27, March, 2019.
- (3): Rocco A. Montone, MD, PhD, FESC: MINOCA: state of the art, European Society of Cardiology: 1 September 2020 <https://www.escardio.org/communities/councils/cardiology-practice/education/cardiopractice/minoca-state-of-the-art>.
- (4): 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation, [Volume 151, Number 13, 27 February 2025. https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001309](https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001309)
- (5): MINOCA: A Pathophysiological Approach of Diagnosis and Treatment—A Narrative Review. Biomedicines, 2024 Oct 25;12(11):2457. doi: [10.3390/biomedicines12112457](https://doi.org/10.3390/biomedicines12112457)
- (6): 2018 ACC/AHA/HRS Guideline on the Evaluation and Management of Patients With Bradycardia and Cardiac Conduction Delay: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. Circulation [Volume 140, Number 8. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000628](https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000628)

CẢM ƠN